

Mania Betânia

betania.freitas@aliancaadm.com.br

65-2103-7027

65.9.9177-1797



Qualicorp

Sempre do seu lado.

À

COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÕES - CPL

TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 2ª REGIÃO - TRT/SP

Ref.: EDITAL DE AUDIÊNCIA PÚBLICA Nº 01/2017.

QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A., inscrita no CNPJ Nº 07.658.098/0001-18, sediada na Alameda Xingu, Nº 512, Salas 1503, 1504, 1601 e 1804, Alphaville Industrial, Barueri / SP, CEP: 06.455-030 vem, perante Vossa Senhoria, por intermédio de seu representante que esta subscreve, com fundamento no item 4.1 do Edital em epígrafe solicitar esclarecimentos aos termos do Edital em epígrafe, conforme fatos e fundamentos a seguir expostos.

1. O Edital em epígrafe prevê como objeto: *"contratação de empresa, especializada em plano ou seguro privado de assistência à saúde, que ofereça serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e obstétrica, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, inclusive cobertura para doenças e lesões preexistentes e/ou crônicas e internações, por rede própria e/ou credenciada, no mínimo, na Jurisdição do Tribunal Regional do Trabalho da 2ª Região, destinados a magistrados e servidores, ativos e inativos, e a seus respectivos dependentes e dependentes especiais, bem como, pensionistas, sem limite de idade, num total estimado em 12.000 (doze mil) beneficiários".*

1



Dessa forma, considerando que o objetivo desse Tribunal é assegurar melhores condições de assistência aos seus servidores e dependentes, torna-se recomendável que contratação abranja também as administradoras de benefícios.


Registra-se que, as variações regionais usualmente verificadas no mercado de assistência à saúde suplementar mostram que o modelo de contratação de uma única operadora para disponibilizar apenas um plano de saúde para beneficiários para uma massa de 12.000 beneficiários não assegura um atendimento compatível com as necessidades de todos, indicando que a adoção de um modelo diverso de contratação, em que uma única contratada ofereça mais de uma operadora com diferentes opções de plano de saúde com redes de atendimento distintas, suprirá melhor a demanda de serviços de assistência à saúde do servidor, considerando as variações qualitativas do plano, com base na relação custo x benefício.

A disponibilização de mais de um produto para escolha do universo de assistidos toma o servidor co-responsável pela aferição da qualidade do plano contratado, diluindo e reduzindo os questionamentos usualmente dirigidos ao Setor de Recursos Humanos.

Assim, o modelo de contratação de administradoras favorece não só a disputa concorrencial, mas também possibilita que o patamar qualitativo da rede de atendimento seja aprimorado, já que a participação direta dos beneficiários dos planos no procedimento de escolha do produto, favorece o oferecimento de uma rede/atendimento cada vez mais atrativa, inclusive do ponto de vista financeiro.

A gestão e a prestação de benefícios assistenciais à saúde compreendem não apenas o oferecimento de planos de saúde, mas também os seguintes serviços: a definição do modelo assistencial a ser adotado no órgão; o apoio à área de recursos humanos na gestão dos benefícios; serviços de ordem preventiva que propiciem o monitoramento de utilização do plano para acompanhar a evolução de sintomatologias e casos crônicos, bem como de serviços de ordem operacional, como a cobrança da parcela de responsabilidade do servidor no custeio do plano, que assegurem a eficiência na gestão



2 

do(s) plano(s) contratado(s), já que podem repercutir na redução de sinistros e no incremento da qualidade de vida dos beneficiários, aspectos que revertem em benefício à produtividade do serviço público.


Assim, o escopo dos serviços disponibilizados pelas administradoras amplia-se para alcançar, dentre outros, os seguintes benefícios:

- apoio à área de recursos humanos na gestão do benefício do plano de saúde;
- monitoramento e acompanhamento de casos crônicos e grupos de risco, bem como a execução de ações de medicina preventiva;
- monitoramento de consultas, exames e internação;

Esta nova formulação permite um aperfeiçoamento do modelo de prestação de serviços, de modo a assegurar o contínuo incremento qualitativo gradual de cada um dos produtos, na medida em que possibilita que as diversidades que são próprias de um mercado livremente organizado possam ser aproveitadas pelos beneficiários que irão pautar sua escolha em critérios particulares que podem variar entre a melhor qualidade, menor custo ou mesmo demanda localizada específica de atendimento pretendido.

Registra-se que na opção pela contratação de administradora de benefícios esse Tribunal poderá optar por contratar uma administradora por intermédio das modalidades de licitação previstas na legislação ou realizar um credenciamento com fundamento no art. 116 da Lei 8.666/93, que permite a celebração não só de convênios, como também de quaisquer outros ajustes e instrumentos congêneres que se distinguem dos contratos administrativos, porque não há contraposição de interesses e sim interesses convergentes que, no caso, resulta no interesse comum de que os servidores possam ter acesso a planos de saúde que atendam às suas necessidades e o interesse das administradoras de atendê-los.

Diante desse cenário, esta administradora propõe a modificação do Termo de Referência para que a contratação venha abranger as administradoras de benefícios, permitindo que os beneficiários desse Tribunal tenham acesso a diferentes opções de



3

planos de assistência à saúde, por meio de um credenciamento ou por meio de licitação nas modalidades previstas na legislação vigente.

2. De acordo com o item 1.10.1 do Edital em epígrafe o reajuste dos preços praticados no contrato decorrente do Termo de Referência em epígrafe se restringirá à sinistralidade do ajuste, *in verbis*:

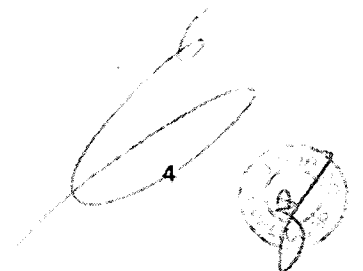
**1.10.1. Os preços convencionados, nos termos da proposta homologada, serão fixos pelo prazo de 12 (doze) meses, contados do início da vigência do contrato, admitindo-se, decorrido esse prazo, o reajuste anual do plano ou seguro privado de assistência à saúde, unicamente por sinistralidade, entendida quando os custos ultrapassarem 75% (setenta e cinco por cento) da receita;**

1.10.1.1. A sinistralidade deverá ser apurada pela divisão dos custos oriundos da utilização dos serviços no período de 12 (doze) meses pela receita correspondente ao referido período;

1.10.1.2. Somente será concedido reajuste quando o índice de sinistralidade for superior a 75% (setenta e cinco por cento). Caso seja apurado índice de sinistralidade inferior a 75%, deverá ser negociada redução do valor contratado;

1.10.1.3. À CONTRATADA incumbirá a demonstração do cálculo da sinistralidade do plano ou seguro privado de assistência à saúde e da memória do respectivo cálculo, como pré-requisito para a revisão dos preços;

1.10.2. O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12(doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao CONTRATANTE; grifos e Sublinhados nossos.

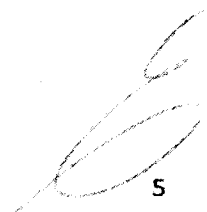


Ocorre que, o reajuste de preços é a reposição da perda do poder aquisitivo da moeda por meio do emprego de índices de preços prefixados no contrato administrativo, enquanto a repactuação, referente a contratos de serviços contínuos, decorre da variação dos componentes dos custos do contrato, devendo ser demonstrada analiticamente, de acordo com a Planilha de Custos e Formação de Preços e a revisão ou reequilíbrio econômico-financeiro prescinde de previsão contratual e têm como requisitos necessários advir de fato superveniente, imprevisível e estranho ao comportamento do contratado e a existência de desequilíbrio na equação econômico-financeira do contrato.

Dessa forma, observa-se que a previsão do reajuste financeiro não dispensa a previsão da repactuação, sem desconsiderar a possibilidade de aplicação de revisão contratual, razão pela qual a futura contratação deverá prevê além da possibilidade de repactuação em razão da sinistralidade contratual o reajuste financeiro com base em índice que represente as variações de preços dos serviços de saúde, que no caso em tela seria FIPE – Saúde.

Registra-se que o TCU tratou essa matéria no Acórdão 1488/2016-Plenário e reafirmou seu entendimento a respeito da diferenciação de reajuste e repactuação. Citando o Acórdão 1.827/2008-TCU:

***O reajuste de preços é a reposição da perda do poder aquisitivo da moeda por meio do emprego de índices de preços prefixados no contrato administrativo. Por sua vez, a repactuação, referente a contratos de serviços contínuos, ocorre a partir da variação dos componentes dos custos do contrato, devendo ser demonstrada analiticamente, de acordo com a Planilha de Custos e Formação de Preços. Grifos Nossos***



3. Dentre as coberturas previstas no item 1.5 do Edital, constam algumas que não estão previstas no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, quais sejam: item 1.5.6 *home care*; item 1.5.6 Atendimento de Fisioterapia incluindo Reeducação Postural Global; 1.5.10 Programas semestrais de promoção à saúde e prevenção de doenças relativos às principais doenças crônicas. Ocorre que, essas coberturas oneram a prestação de serviços e restringem a participação das operadoras que não disponibilizam esses serviços, sem trazer benefícios que justifiquem essa restrição de competitividade, já que o Rol de Procedimentos da ANS foi elaborado pela ANS para atender às necessidades dos beneficiários que deveriam ser cumpridas pelos planos de saúde, razão pela qual, com a finalidade de ampliar a competitividade do certame essas coberturas deverão ser suprimidas.
4. No item 1.3 o Termo de Referência em epígrafe prevê os prazos de isenção de carência de 20 (vinte) dias, o que infringe o disposto na RN 195/09 – ANS, que em seu art. 6º prevê o prazo mínimo de 30 (trinta) dias, razão pela qual o referido termo carece de alteração para adequar suas disposições à norma supracitada.
5. A alínea c.2 do item 1.2.1 do presente Termo de Referência prevê a inclusão dos agregados atualmente inscritos no plano disponibilizado por esse Tribunal, mas para que as operadoras possam avaliar o risco da presente contratação torna-se necessária a divulgação da quantidade dessa espécie de beneficiários, bem como a faixa etária deles.
6. A alínea “e” do item 1.3 do Termo de Referência faz referência ao *Plano Premium Plus*, mas como item 1.6 do mesmo documento que relaciona as modalidades de planos a ser ofertadas não faz menção a essa modalidade de planos, faz-se necessária a alteração do Instrumento para tornar essas redações compatíveis.
7. O item 1.7 do Termo de Referência prevê a obrigatoriedade de inclusão de determinados estabelecimentos identificados nominalmente, mas como essa forma de exigência restringe a participação de operadoras que, apesar de disporem de condições de oferecer estabelecimentos que disponham de infraestrutura semelhante não oferece





todos ali listados, com a finalidade de ampliar a competitividade do certame é recomendável que a indicação dos nomes dos estabelecimentos seja substituída pela infraestrutura necessária para atender aos beneficiários desse Tribunal.

8. Dentre as características do Plano Premium Plus mencionado no item 1.3 está o reembolso diferenciado, mas como o Termo não está exigindo a oferta dessa modalidade de plano e a Lei 9.656/08 especifica as condições cujo reembolso é obrigatório, com a finalidade de ampliar a competitividade do futuro certame, recomenda-se a modificação do Termo para suprimir a redação do item 1.3 e adequar as demais disposições que tratam de reembolso e extrapolam o prevista na Lei 9.656/98.

Barueri – SP, 10 de janeiro de 2018.

  
**QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.**

Elton Carluci  
Procurador

  
José Augusto de Paula  
Procurador





**TRIBUNAL REGIONAL DO  
TRABALHO DA 2ª REGIÃO**

Secretaria de Serviços Integrados à Promoção da Qualidade de Vida  
Comissão Gestora dos Planos de Assistência Médica e Odontológica

**AUDIÊNCIA PÚBLICA Nº 001/2017 - Audiência para apresentação das diretrizes básicas e recebimento de questionamentos e sugestões, com vistas à realização de procedimento licitatório para a contratação de empresa especializada em plano ou seguro privado de assistência à saúde.**

Em atendimento ao questionamento, sugestão ou subsídio da empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A, representada pela Sra. MARIA BETÂNIA, à AUDIÊNCIA PÚBLICA Nº 001/2017, realizada em 11 de janeiro de 2018, o Tribunal Regional do Trabalho da 2ª Região vem disponibilizar as informações referentes aos itens 1 a 8, a seguir listadas e identificadas como (TRT2):

**Respostas do TRT2:**

1- **TRT2:** Em consonância com as diretrizes estabelecidas na Portaria Normativa MPOG Nº 1/2017, no âmbito do Poder Executivo Federal, esta administração definiu pela contratação direta, sem intermediários, de uma única empresa, com o intuito de obter melhores condições de contratação. Em razão disso, o ganho de escala obtido na gestão de um contrato compartilhado por seu público, composto de aproximadamente 12.000 (doze mil) segurados, apresenta-se com custos menos onerosos, em face da ausência de intermediação, podendo balizar melhor as necessidades diretas dos respectivos beneficiários.

Pelo exposto, consignamos entender que tal decisão não implica restrição à ampla participação de licitantes, dada a multiplicidade de operadoras de saúde que operam no mercado.





**TRIBUNAL REGIONAL DO  
TRABALHO DA 2ª REGIÃO**

Secretaria de Serviços Integrados à Promoção da Qualidade de Vida  
Comissão Gestora dos Planos de Assistência Médica e Odontológica

2- **TRT2:** De acordo com o item 1.10.1 do Edital em epígrafe o reajuste dos preços praticados no contrato decorrente do Termo de Referência em epígrafe se restringirá à sinistralidade do ajuste, *in verbis*:

1.10.1. Os preços convencionados, nos termos da proposta homologada, serão fixos pelo prazo de 12 (doze) meses, contados do início da vigência do contrato, admitindo-se, decorrido esse prazo, o reajuste anual do plano ou seguro privado de assistência à saúde, unicamente por sinistralidade entendida quando os custos ultrapassarem 75% (setenta e cinco por cento) da receita;

1.10.1.1. A sinistralidade deverá ser apurada pela divisão dos custos oriundos da utilização dos serviços no período de 12 (doze) meses pela receita, correspondente ao referido período;

1.10.1.2. Somente será concedido reajuste quando o índice de sinistra/idade for superior a 75% (setenta e cinco por cento). Caso seja apurado índice de sinistra/idade inferior a 75%, deverá ser negociada redução do valor contratado;

1.10.1.3. À CONTRATADA incumbirá a demonstração do cálculo da sinistralidade do plano ou seguro privado de assistência a saúde e da memória do respectivo cálculo, como pré-requisito para a revisão dos preços;

1.10.2. O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12(doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao CONTRATANTE; grifos e Sublinhados nossos.

Ocorre que, o reajuste de preços é a reposição da perda do poder aquisitivo da moeda por meio do emprego de índices de preços prefixados no contrato administrativo, enquanto a repactuação, referente a contratos de serviços contínuos, decorre da variação dos componentes dos custos do contrato, devendo ser demonstrada analiticamente, de acordo com a Planilha de Custos e Formação de Preços e a revisão ou reequilíbrio econômico-financeiro prescinde de previsão-contratual e têm como requisitos necessários advir de fato superveniente, imprevisível e estranho ao comportamento do contratado e a existência de desequilíbrio na equação econômico-financeira do contrato.



**TRIBUNAL REGIONAL DO  
TRABALHO DA 2ª REGIÃO**

Secretaria de Serviços Integrados à Promoção da Qualidade de Vida  
Comissão Gestora dos Planos de Assistência Médica e Odontológica

Dessa forma, observa-se que a previsão do reajuste financeiro não dispensa a previsão da repactuação, sem desconsiderar a possibilidade de aplicação de revisão contratual, razão pela qual a futura contratação deverá prever além da possibilidade de repactuação em razão da sinistralidade contratual o reajuste financeiro com base em índice que represente as variações de preços dos serviços de saúde que no caso em tela seria FIPE-Saúde.

Registra-se que o TCU tratou essa matéria no Acórdão 1488/2016- Plenário e reafirmou seu entendimento a respeito da diferenciação - de reajuste e repactuação. Citando o Acórdão 1.827/2008-TCU:

O reajuste de preços é a reposição da perda do poder aquisitivo da moeda por meio do emprego de índices de preços prefixados no contrato administrativo. Por sua vez, a repactuação, referente a contratos de serviços contínuos, ocorre a partir da variação dos componentes dos custos do contrato, devendo ser demonstrada analiticamente, de acordo com a Planilha de Custos e Formação de Preços. Grifos Nossos

Inicialmente, registre-se que o questionamento trazido pela senhora Roberta Paes Tamasauskas Prado e pela empresa Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. foi apresentado também pela empresa Notredame Intermédica Saúde S/A como pedido de esclarecimentos, nos termos do item 4.1 do Edital de Audiência Pública nº 001/2017, com o seguinte conteúdo e resposta por parte deste Tribunal Regional do Trabalho da 2ª Região:

**Questionamento: 1.** Considerando que a inflação médica é historicamente superior aos índices oficiais de inflação e que o patamar de sinistralidade citado no Termo de referência é 75%, podemos considerar que adicionalmente ao reajuste técnico, com base no patamar apontado, haverá reajuste financeiro para recompor as perdas inflacionárias?

**TRT2: Não.**



**TRIBUNAL REGIONAL DO  
TRABALHO DA 2ª REGIÃO**

Secretaria de Serviços Integrados à Promoção da Qualidade de Vida  
Comissão Gestora dos Planos de Assistência Médica e Odontológica

(...)

**Questionamento: 3.** *Considerando que a inflação médica é historicamente superior aos índices oficiais de inflação e que o patamar de sinistralidade citado no presente Termo de Referência é de 75%, podemos considerar que adicionalmente ao reajuste técnico com base no patamar apontado haverá reajuste financeiro para recompor as perdas inflacionárias? Ressaltamos que, com base nas últimas apurações (fonte IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar), o VCMH para o ano de 2016 foi de 20,4%. Desta forma, levando em consideração o patamar de 75%, mais o índice de VCMH acima, para o período de 12 meses ainda sim será inferior à margem das operadoras – considerando 100% da receita líquida de impostos.*

**TRT2: Será considerado apenas o reajuste por sinistralidade (patamar de 75%).**

Em síntese, questiona-se sobre a ausência de reajuste financeiro para o contrato, havendo apenas a previsão de reajuste técnico nos termos do item 1.10 do Anexo A:

**1.10. Dos critérios de reajuste**

1.10.1. Os preços convencionados, nos termos da proposta homologada, serão fixos pelo prazo de 12 (doze) meses, contados do início da vigência do contrato, admitindo-se, decorrido esse prazo, o reajuste anual do plano ou seguro privado de assistência à saúde, unicamente por sinistralidade, entendida quando os custos ultrapassarem 75% (setenta e cinco por cento) da receita;

1.10.1.1. A sinistralidade deverá ser apurada pela divisão dos custos oriundos da utilização dos serviços no período de 12 (doze) meses pela receita correspondente ao referido período;

1.10.1.2. Somente será concedido reajuste quando o índice de sinistralidade for superior a 75% (setenta e cinco por cento). Caso seja apurado índice de sinistralidade inferior a 75%, deverá ser negociada redução do valor contratado;

1.10.1.3. À CONTRATADA incumbirá a demonstração do cálculo da sinistralidade do plano ou seguro privado de assistência à saúde e da memória do respectivo cálculo, como pré-requisito para a revisão dos preços;



**TRIBUNAL REGIONAL DO  
TRABALHO DA 2ª REGIÃO**

Secretaria de Serviços Integrados à Promoção da Qualidade de Vida  
Comissão Gestora dos Planos de Assistência Médica e Odontológica

1.10.2. O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12(doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao CONTRATANTE;

1.10.3. Considerar-se-á a seguinte fórmula para cálculo do reajuste contratual do plano ou seguro privado de assistência à saúde devendo a CONTRATADA comprovar os custos individuais de cada grupo de despesas:

$$SV = (S1 + S2 + S3 + S4) \div R$$

Onde:

SV = Sinistralidade Verificada;

S1= despesas assistenciais (honorários médicos + diagnósticos + terapêuticos);

S2= despesas hospitalares (taxas + diárias);

S3= despesas com materiais + medicamentos + órteses + próteses;

S4= despesas com reembolsos, se houver;

R= Receita (o valor total recebido no período).

Na hipótese de ser implantada a coparticipação, esse mecanismo será considerado no grupo de receita.

Para o cálculo do reajuste:

$$IR = (SV / 0,75) - 1$$

Onde:

IR = Índice de Reajuste;

SV = Sinistralidade Verificada.

O Contrato CCL-CT nº 050/2013, atualmente firmado entre este Tribunal e a empresa Notre Dame Seguradora S/A, adota a fórmula proposta, considerando o percentual de sinistralidade de 70% (setenta por cento).

O contrato de saúde contém em seu interior uma álea que necessita ser ponderada para a manutenção de sua atratividade para o mercado privado e manutenção de seu equilíbrio.

O reajuste por sinistralidade consiste, de modo simplificado, em uma fórmula que utiliza a receita auferida e os gastos gerados pelo contrato para realizar um índice a ser



**TRIBUNAL REGIONAL DO  
TRABALHO DA 2ª REGIÃO**

Secretaria de Serviços Integrados à Promoção da Qualidade de Vida  
Comissão Gestora dos Planos de Assistência Médica e Odontológica

aplicado sobre a mensalidade de modo a se manter o equilíbrio econômico-financeiro do ajuste.

O percentual de sinistralidade que pondera o reajuste do valor a ser pago para a manutenção do equilíbrio contratual é conhecido como *break even point* e foi definido como 75% (setenta e cinco por cento) do valor da receita para a presente licitação.

Por sua vez, o reajuste financeiro tem por objetivo a manutenção do padrão monetário do contrato, utilizando-se de índices inflacionários para recompor as perdas de valor da moeda em um determinado período.

Entretanto, na medida em que a sinistralidade contempla os valores dispendidos pela operadora ao longo do período de apuração, carrega, em tese e em parte, a incidência inflacionária em seu conteúdo.

Ante o exposto, não se vislumbram óbices técnico-jurídicos à adoção do conteúdo descrito no Termo de Referência.

3- **TRT2:** Independentemente do rol vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o *homecare* é exigência contratual. Quanto ao RPG, uma vez que não há previsão no rol vigente, a cobertura será objeto de item específico a ser introduzido no edital, mediante limitador anual a ser especificado.

No que se refere ao item 1.5.10 do Termo de Referência informamos que o mesmo será suprimido.

4- **TRT2:** Em observância à norma mencionada no presente questionamento, informamos que o prazo do referido item será alterado para 30 (trinta) dias.



**TRIBUNAL REGIONAL DO  
TRABALHO DA 2ª REGIÃO**

Secretaria de Serviços Integrados à Promoção da Qualidade de Vida  
Comissão Gestora dos Planos de Assistência Médica e Odontológica

**5 - TRT2:** Ressaltamos que os “agregados”, atualmente inscritos no plano de saúde contratado e listados no Termo de Referência anexo ao Edital de Audiência Pública nº 0001/2017, serão denominados Dependentes Especiais. Nesse sentido, disponibilizamos o número desses beneficiários no atual plano de saúde contratado, em dezembro/2017, nas faixas etárias previstas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, como segue:

**BENEFICIÁRIOS PLANO DE SAÚDE – DEZEMBRO/2017**

FAIXA ETÁRIA	TITULAR				DEPENDENTE				DEPENDENTE ESPECIAL			
	PLANO I		PLANO II		PLANO I		PLANO II		PLANO I		PLANO II	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
DE 0 A 18	3	1	1	2	526	589	303	321	0	1	0	1
DE 19 A 23	0	3	0	1	149	148	67	70	14	17	6	10
DE 24 A 28	34	47	20	7	32	6	7	2	95	85	43	58
DE 29 A 33	120	173	71	59	97	24	29	15	44	52	29	34
DE 34 A 38	207	247	162	97	120	53	37	33	28	36	30	21
DE 39 A 43	167	227	130	68	124	79	30	39	12	13	10	7
DE 44 A 48	175	190	128	62	95	62	41	50	7	4	9	3
DE 49 A 53	273	202	174	79	82	79	21	42	4	1	5	1
DE 54 A 58	234	146	172	91	77	94	25	59	6	2	1	1
59 OU MAIS	491	313	669	352	184	193	194	172	441	169	237	86
<b>TOTAL</b>	<b>1.704</b>	<b>1.549</b>	<b>1.527</b>	<b>818</b>	<b>1.486</b>	<b>1.327</b>	<b>754</b>	<b>803</b>	<b>651</b>	<b>380</b>	<b>370</b>	<b>222</b>
<b>Total por tipo de plano</b>	<b>3.253</b>		<b>2.345</b>		<b>2.813</b>		<b>1.557</b>		<b>1.031</b>		<b>592</b>	
<b>Total de beneficiários Planos I e II</b>	<b>5.598</b>				<b>4.370</b>				<b>1.623</b>			
<b>Total beneficiários da carteira</b>	<b>11.591</b>											

**6 - TRT2:** informamos que a alínea “e” do item 1.3 do Termo de Referência, anexa ao Edital de Audiência Pública nº 001/2017, onde se lê:

“e) Os beneficiários inscritos no plano ou seguro privado de assistência à saúde na categoria PLANO PREMIUM PLUS, ficam obrigados a permanecer nessa condição pelo prazo de 1 (um) ano, contado a partir do primeiro dia do mês subsequente à respectiva adesão, caso tenham utilizado recursos hospitalares e laboratoriais, inclusive reembolsos, exclusivos dessa categoria;”



**TRIBUNAL REGIONAL DO  
TRABALHO DA 2ª REGIÃO**

Secretaria de Serviços Integrados à Promoção da Qualidade de Vida  
Comissão Gestora dos Planos de Assistência Médica e Odontológica

Foi alterada para constar a nova redação, a saber:

e) Os beneficiários inscritos no plano ou seguro privado de assistência à saúde na categoria PLANO ESPECIAL PLUS, ficam obrigados a permanecer nessa condição pelo prazo de 1 (um) ano, contado a partir do primeiro dia do mês subsequente à respectiva adesão, caso tenham utilizado recursos hospitalares e laboratoriais, exclusivos dessa categoria;

**7- TRT2:** A indicação dos nomes de estabelecimentos, conforme previstos no Termo de Referência anexo ao Edital de Audiência Pública Nº 001/2017, objetiva assegurar rede mínima credenciada para atendimentos na jurisdição do Tribunal Regional do Trabalho da 2ª Região.

**8 - TRT2:** Informamos que a alínea “e” do item 1.3 do Termo de Referência, anexa ao Edital de Audiência Pública nº 001/2017, onde se lê:

“e) Os beneficiários inscritos no plano ou seguro privado de assistência à saúde na categoria PLANO PREMIUM PLUS, ficam obrigados a permanecer nessa condição pelo prazo de 1 (um) ano, contado a partir do primeiro dia do mês subsequente à respectiva adesão, caso tenham utilizado recursos hospitalares e laboratoriais, inclusive reembolsos, exclusivos dessa categoria;”

Foi alterada para constar a nova redação, a saber:

e) Os beneficiários inscritos no plano ou seguro privado de assistência à saúde na categoria PLANO ESPECIAL PLUS, ficam obrigados a permanecer nessa condição pelo prazo de 1 (um) ano, contado a partir do primeiro dia do mês subsequente à respectiva adesão, caso tenham utilizado recursos hospitalares e laboratoriais, exclusivos dessa categoria;

São Paulo, 18 de janeiro de 2018.

Comissão Gestora dos Planos de Assistência Médica e Odontológica do  
Tribunal Regional do Trabalho da 2ª Região