

Seguem as respostas (em vermelho) - solicitação de esclarecimento da Unimed Seguros ao - Pregão Eletrônico 17/2022:

PERGUNTA 01: Por favor ratificar o nosso entendimento de que os novos segurados que forem incluídos após 30 dias da vigência do contrato ou da sua vinculação ao órgão/segurado titular, poderão ser aplicadas as carências previstas contratualmente, bem como cobertura parcial e temporária para doenças preexistentes. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

– O edital não prevê cumprimento de carências nem cobertura parcial para doenças preexistentes doenças pré-existentes, ou seja, a partir da inclusão, independente da data de ingresso no Tribunal, o usuário terá direito a todos os atendimentos cobertos pelo plano de saúde inclusive para doenças preexistentes, (item 2.1 do edital).

PERGUNTA 02: Por gentileza informar a quantidade de Pensionistas no contrato atual. Podemos considerar que os mesmos somente serão aceitos na implantação do contrato, não podendo ser incluído novas vidas nessas condições?

– Temos 14 pensionistas no plano atual, os quais poderão permanecer na nova contratação e os que não estão poderão ingressar a qualquer momento. Só não será permitido o ingresso do grupo familiar dos pensionistas, (item 4.2 do edital).

Item 6.1 – pág. 16 - DAS INCLUSÕES, EXCLUSÕES E ALTERAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS: O beneficiário inscrito em um plano fica obrigado a permanecer nesse plano por 1 (um) ano a contar da data da sua inscrição ou transferência, ressalvados os casos de desligamento do servidor.

PERGUNTA 03: Por favor esclarecer se a permanência é para fins de upgrade ou para cancelamento a pedido do servidor.

- Obrigatória a permanência de 1 ano para fins de exclusão.

Item 16.3 – alínea b - pág. 20 - DO REEMBOLSO Nos casos previstos nas alíneas “a” e “b” do subitem anterior, o valor do reembolso corresponderá ao pagamento integral das despesas cobertas por este termo de referência.

PERGUNTA 04: Por favor ratificar o nosso entendimento de que o beneficiário fará jus ao reembolso integral se a Seguradora não disponibilizar dentro do prazo previsto na RN 259/2011 prestador apto a realizar o atendimento solicitado pelo segurado. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

– Sim, o reembolso será devido quando o usuário necessitar de atendimento em localidades em que a contratada não dispuser de rede de atendimento.

Item 7 – pág. 27 – ANEXO V - COBERTURA MÍNIMA DOS PLANOS CONTRATADOS Remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar ou clínica de diagnóstico na rede credenciada, em todo o território nacional, incluindo UTI móvel e aérea, 24 horas/dia.

PERGUNTA 05: Por favor ratificar o nosso entendimento de que a remoção prevista neste item poderá ser realizada mediante o cumprimento da RN 347. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

– Considerando que a contratação será sem carência, não há que se falar em cumprimento de carências para fazer jus à remoção, conforme dispõe a RN 347, porém a remoção só será autorizada mediante recomendação médica do paciente.

PERGUNTA 06: Por favor informar se as condições do produto abaixo transcritas, serão aceitas pelo Tribunal Regional Eleitoral de Mato Grosso: O serviço de Home Care poderá ser concedido, a critério da SEGURADORA, desde que: a. O paciente esteja hospitalizado, com previsão de alta hospitalar, com a necessidade da continuidade do tratamento que possa ser prestado em ambiente domiciliar; b. A continuidade do tratamento será por período determinado e embora possa ser prolongado, terá condição de futura alta; c. O paciente resida em uma área com infra-estrutura adequada para conduzir os cuidados e tratamentos conforme prescrição médica; d. Possua solicitação do Médico Assistente, responsável pelo paciente, constando claramente o pedido de Assistência Domiciliar, bem como, dos cuidados técnicos necessários; e. Que o paciente tenha um cuidador ou acompanhante responsável durante a prestação do serviço; f. Que seja permitido livre acesso de profissional especialmente designado pela SEGURADORA para visitação e avaliação dos serviços prestados.

– O serviço de Home-Care será para Cuiabá e Várzea Grande desde que haja indicação do médico assistente e o paciente esteja hospitalizado. O período do tratamento depende da indicação médica. As alíneas c, d, e, e f estão corretos.

PERGUNTA 07: 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.

– A disponibilização do guia/manual de rede credenciada no plano atual já é feita de forma virtual, quanto às carteirinhas, também poderão ser, além do atendimento telefônico 0800.

PERGUNTA 08: Gentileza informar se o plano será adesão facultativa ou compulsória.

– Facultativa.

PERGUNTA 09: Favor ratificar o entendimento de que a elegibilidade de todos os beneficiários seguirá as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN 195/2009. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

– A contratação será sem carência conforme previsto no edital, desse modo, não se aplica o artigo 7º da RN 195/2009.

PERGUNTA 10: Favor ratificar o entendimento de que as remoções estão subordinadas as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN 347/2014. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

– Já respondido na pergunta 5.

PERGUNTA 11: Favor informar se este órgão licitante poderá efetuar o pagamento da fatura referente a prestação de serviços objeto desta licitação, por meio de boleto bancário. Caso

negativo, gentileza ratificar o entendimento de que a forma de pagamento a ser utilizada via crédito em Conta Corrente através do Banco ITAÚ.

– Após a atestação do documento de cobrança (nota fiscal/fatura), que deverá ocorrer até o 5º dia útil de cada mês, o pagamento será efetuado mediante depósito bancário até o dia 28 de cada mês.

Item 6.1 – pág. 16 - DAS INCLUSÕES, EXCLUSÕES E ALTERAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS: O beneficiário inscrito em um plano fica obrigado a permanecer nesse plano por 1 (um) ano a contar da data da sua inscrição ou transferência, ressalvados os casos de desligamento do servidor.

PERGUNTA 12: Por favor ratificar o nosso entendimento de que o cancelamento deverá seguir a declaração da RN412 – art.15. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

- As exclusões seguem o modelo do plano atual sem a exigência de declaração.

Item 9.1 – Letra s – pág. 37 - CLÁUSULA NONA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA A CONTRATADA fica obrigada a autorizar a realização de exames laboratoriais requeridos por profissionais não credenciados.

PERGUNTA 13: Por favor ratificar o nosso entendimento de que a Cobertura será nos termos do Rol da ANS RN 465 e das Diretrizes de Utilização (DUT) aplicáveis anexo II e suas atualizações. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

– A cobertura será de acordo com o Rol de Procedimentos da ANS e suas atualizações.

Item 9.1 – Letra v – pág. 38 - CLÁUSULA NONA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA Assegurar a remoção do beneficiário para outro estabelecimento hospitalar da rede credenciada, em qualquer parte do território nacional, desde que atestado por recomendação médica do paciente, sem qualquer ônus adicional.

PERGUNTA 14: Por favor ratificar o nosso entendimento de que todas as coberturas serão nos termos do Rol da ANS Resolução Normativa RN 347 /2014. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

– A RN 347 trata da remoção de pacientes e já foi respondido na pergunta 5.

PERGUNTA 15: Por favor ratificar o nosso entendimento de que as coberturas previstas no edital serão nos termos do Rol da ANS RN 465 e das Diretrizes de Utilização (DUT) aplicáveis anexo II e suas atualizações. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

– Já respondido na pergunta 13.

Itens 10.12 e 10.19 – págs. 18 e 19 - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

PERGUNTA 16: Por favor ratificar o nosso entendimento de que as coberturas previstas no edital serão nos termos Rol da ANS Resolução Normativa RN 347 /2014. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

– refere-se ao mesmo assunto da pergunta 14.

PERGUNTA 17: As companhias seguradoras, por sua natureza, emitem apólice/fatura de seguro, ao invés de nota fiscal. Nesse sentido, a Seguros Unimed poderá substituir a apresentação da nota fiscal pela apólice/fatura de seguro?

– A nota fiscal não poderá ser substituída.

PERGUNTA 18: Por gentileza informar como será a comprovação de vínculo dos Servidores sem vínculo efetivo com a Administração Pública.

– O documento que comprova o vínculo de servidores sem vínculo com a administração será a Portaria do Tribunal que o designou para a função comissionada ou cargo em comissão.

PERGUNTA 19: De acordo com a norma regulatória da ANS, os contratos de assistência à saúde e odontológicos coletivos empresariais são regidos pela RN 195, mais especificadamente em seu artigo 5º que conceitua “é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária”. Seguindo este princípio, obrigatoriamente, esta Seguradora somente pode aceitar em seu plano beneficiários com este vínculo ao TRE MT, os pensionistas, não se enquadram nesta situação. No §2º do referido artigo prevê ainda que a adesão do grupo familiar está condicionada à participação do beneficiário titular no contrato. Neste sentido, é garantida a inclusão do pensionista desde que esta condição ocorra durante a vigência do contrato, ou seja, no ato da nova contratação o titular que possuía vínculo com o TRE MT falece durante a vigência do contrato, tornando um dos dependentes o pensionista. Desta forma é possível a inclusão do pensionista, nos termos da RN 279, o qual se manterá ativo de acordo com o período de contribuição que o titular teve. Diferente da situação de inclusão de beneficiário já na condição de pensionista, o que não é possível, pois, esta condição reflete inequivocamente a ausência de participação do beneficiário titular com elegibilidade ao contrato (que será firmado). Concluindo, no caso de uma nova contratação de plano de saúde e odontológico, os pensionistas ainda que já vinculados ao contrato anterior, não terão elegibilidade para aderir ao novo contrato celebrado, uma vez que não mais existe a figura do titular elegível que permita a inclusão do dependente conforme dispõe o artigo 5º, § 2º da RN 195/09. Considerando o parecer acima, fundamentado em um parecer e entendimento emitido pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) questionamos se este r. órgão concorda com o risco regulatório que a operadora estará exposta, podendo sofrer penalidades do órgão regulador ANS e, portanto, solicitamos a reanálise do item supracitado que dispõe sobre a garantia ao pensionista, no sentido de limitar esta categoria somente aos pensionistas que adquiriram esta condição durante a vigência do contrato, havendo previamente a figura do titular elegível, devendo, conseqüentemente, esta condição refletir aos demais itens do edital que preveem a condição do pensionista. Caso negativo favor explicar detalhadamente.

– Os pensionistas serão incluídos como titular mediante o vínculo com o Tribunal comprovado por meio da Portaria que concede a pensão, porém não será permitida a inclusão dos seus familiares.

PERGUNTA 20: Considerando a obrigação de sigilo que as operadoras/seguradoras devem se atentar, por força da RN Nº 389/2015, podemos entender que os relatórios serão fornecidos garantindo o sigilo médico exigido pela ANS, bem como a Lei Geral de Proteção de Dados? Caso negativo favor explicar detalhadamente.

– Sim.

Item 19.1 – Letra e – pág. 13 - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

PERGUNTA 21: Para total atendimento do item supracitado, é importante informar que o retorno para as dúvidas relativas ao atendimento e/ou serviços prestados, eventualmente

poderão ocorrer dentro ou fora do prazo de 24 (vinte e quatro) horas, de acordo com o grau de complexidade da solicitação. Este órgão está ciente e de acordo? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

– Prazo de 24 horas, conforme estabelecido no edital.

PERGUNTA 22: Com relação a elaboração da proposta, o julgamento das propostas se dará pelo Valor total para 60 (sessenta) meses?

- O julgamento far-se-á pelo critério objetivo de menor preço global para a previsão de contratação (sessenta meses).

PERGUNTA 23: Favor ratificar o entendimento de que a proposta e os documentos de habilitação deverão ser anexados no referido processo licitatório, antes da abertura da licitação? Caso positivo, favor informar se a proposta deverá ser confeccionada no papel timbrado da empresa e com as informações da licitante.

– A propostas e os documentos de habilitação deverão ser apresentados no sistema previamente à data e hora de abertura das propostas, na forma exigida em edital. O edital consta modelo de proposta que poderá ser utilizada pela Licitante.

PERGUNTA 24: Para fins de elaboração da proposta, por favor informar:

1) Distribuição de vidas por grau de dependência (titular, filhos, cônjuges, aposentados, aposentados por invalidez, pai, mãe, remidos (juntamente com a data fim de vigência) – Caso haja outros graus de dependência, favor informar.

– não temos a informação.

2) Nome da congênere atual, relatório de sinistralidade com prêmio/sinistro mês a mês, evolução de vidas mês a mês, quantidade de vidas por plano, coparticipação, relação dos maiores utilizadores com a utilização mês a mês com a patologia da doença e CID juntamente com o valor gasto.

- não temos a informação por ser sigilosa.

3) O grupo cotado refere-se a 100% do FGTS, categoria funcional ou localidade?

não, pois o regime do FGTS não se aplica aos servidores públicos federais.

4) Existem gestantes? Quantas?

não temos a informação.

5) No grupo cotado constam aposentados por invalidez? Favor informar a quantidade e os respectivos CID's.

não temos a informação por ser sigilosa.

6) Existem afastados? Quantos? Favor informar a data do afastamento e encaminhar o CID juntamente com o relatório médico atualizado.

não temos a informação por ser sigilosa.

7) Existem casos de internados, casos crônicos, tratamento de câncer, diálise e/ou hemodiálise? Favor encaminhar o CID juntamente com o relatório médico atualizado.

não temos a informação por ser sigilosa.

8) Existem casos de atenção domiciliar e/ou home care? Se houver, favor encaminhar o relatório médico detalhado, contendo: Diagnóstico, evolução da doença e quadro clínico atual; informar a idade do proponente e a quanto tempo o mesmo está em atendimento domiciliar/home care;

não temos a informação por ser sigilosa.

9) Qual é a empresa prestadora do serviço atualmente e os locais onde serão realizado o atendimento?

Unimed Cuiabá, atendimento em todo território nacional.

10) Detalhamento das idades acima de 59 anos.

Idade	Beneficiários
59	15
60	12
61	9
62	11
63	10
64	6
65	9
66	10
67	10
68	6
69	10
70	6
71	7
72	8
73	3
74	7
75	4
76	9
77	6
78	7
79	4
80	3
81	7
82	3
83	1
84	9
85	2
86	3
87	3
88	1
89	2
90	1
91	2
92	3
94	2
96	1
99	1

PERGUNTA 25: Favor informar qual será a forma de custeio do plano ou seguro privado de assistência à saúde. Cumpra esclarecer que o custeio pode ser não contributivo: em que os beneficiários não pagam prêmio; ou contributivo: em que os Segurados pagam prêmio, total ou parcialmente. Caso seja contributivo, por favor informar o percentual de contribuição dos beneficiários no pagamento do plano?

– O custeio é estabelecido por Portaria do Tribunal, atualmente o Tribunal custeia 78% das mensalidades dos beneficiários titulares, os outros 22% e as mensalidades dos dependentes e coparticipações de consultas é pago pelo servidor mediante desconto em folha de pagamento.

Pergunta 26: Qual é o valor e o número de beneficiários da última fatura quitada?

– R\$ 751.877,05 - 1067 beneficiários.

PERGUNTA 27: Por favor ratificar nosso entendimento de que na hipótese de não haver recursos de atendimento em algumas localidades listadas, serão aplicáveis à presente contratação as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência

Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial às RN's nº 259 e 268, que tratam da garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado nas cidades limítrofes. Nosso entendimento está correto? Se negativo, favor explicar detalhadamente.

– Conforme o edital, nas localidades em que não houver profissional credenciado o beneficiário fará o pagamento particular e solicitará o reembolso, (item 16 do edital).

PERGUNTA 28: Favor informar a data prevista para início de vigência/implantação.

– 1º/07/2022.

PERGUNTA 29: Gentileza informar quais impostos incidem sobre o órgão.

R1. Se o questionamento se tratar sobre os impostos incidentes sobre a prestação de serviços relacionados ao Plano de Saúde informa-se que incidem os tributos federais de que tratam a IN SRF 1234/2012.

R2. Não incidem impostos sobre o TRE, pois o órgão goza de imunidade tributária, conforme Art. 150 da Constituição.

PERGUNTA 30: Favor ratificar o entendimento de que as regras de credenciamento e descredenciamento de rede estão subordinadas as disposições da Lei 9.656/98, bem como a Resolução Normativas nº 365 e Instrução Normativa - nº 46 da ANS e eventuais alterações pertinentes a matéria?

– Credenciamento dos profissionais é de responsabilidade da operadora.

PERGUNTA 31: Favor informar se o TRE/MT, está isento do pagamento de IOF – Imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro.

Da mesma Forma, o TRE não está sujeito ao pagamento de IOF, neste caso acrescento o § 3º, Art. 2º do Decreto nº 6.306/2007.

PERGUNTA 32: O percentual de impostos a ser retido pelo TRE/MT, será o total de 7,05% (referente a IR, PIS/PASEP, COFINS e CSLL) conforme Instrução Normativa RFB nº 1234 de 11/01/2012? Se negativo, favor informar o percentual e o número da Lei a ser aplicada para avaliarmos.

R. Nos pagamentos de notas fiscais de serviço de prestação de serviços relacionados a Plano de Saúde incidem tributos federais de que tratam a IN SRF 1234/2012, à alíquota de 9,45% (nove inteiros e quarenta e cinco centésimos por cento); sendo: 4,80% IR, 1% CSLL, 3% COFINS e 0,65% PIS. (Art. 28 IN SRF 1234/2012).

PERGUNTA 33: Além das condições estabelecidas em Edital, poderá ser considerada as CONDIÇÕES GERAIS do produto SEGURO SAÚDE da Seguradora vencedora do processo licitatório?

– Sim, desde que não contraria as regras estabelecidas no edital.

PERGUNTA 34: Por gentileza informar se as licitantes poderão limitar o percentual de coparticipação em 30%?

– Coparticipação de 50% somente em consultas conforme edital (item 6.1.3 do edital).

Item 14.4 – pág. 19 - DOS PREÇOS

PERGUNTA 35: Favor ratificar nosso entendimento de que o desconto linear dado se refere a diferença entre os valores de plano Com coparticipação e sem coparticipação. Caso não seja esse entendimento, por gentileza especificar.

– Sim.

PERGUNTA 36: Gentileza informar como devemos apresentar esse valor, pois não identificamos campo na proposta. O valor será em reais ou em %?

R. Caso a pergunta nº. 36 esteja fazendo referência às anteriores (34 e 35), entendemos que o valor deve ser apresentado sempre em Reais.

Itens 16.1.3 e 16.1.4 – pág. 10 - DAS PENALIDADES A LICITANTES

PERGUNTA 37: Favor ratificar nosso entendimento que esse tipo de multa e sanção não cabe ao tipo de prestação de serviço do objeto dessa licitação. Caso negativo favor, explicar detalhadamente.

– Conforme previsto no edital, haverá aplicação da multa administrativa por inexecução total ou parcial do contrato.

Item 17.3 – pág. 11 - DO PAGAMENTO

PERGUNTA 38: Gentileza esclarecer e detalhar qual tipo de pendências e obrigações financeiras serão impeditivos para recebimento de pagamento de fatura.

– A contratada deverá estar regular conforme documentos listados no item 17.6 do edital.

PERGUNTA 39: Ratificar nosso entendimento de que o grupo familiar será composto por cônjuge, inclusive por meio de união homoafetiva, companheiro(a), filhos solteiros e/ou equiparados a filhos solteiros (adotados ou sob guarda) até 21 anos de idade ou até 24 anos se estudante devidamente matriculado, ou de qualquer idade se portador de necessidade especial na condição de Dependente sendo Considerado como Agregados pai e mãe do servidor e os outros vínculos já existentes desde que sejam até o terceiro grau de parentesco consanguíneo e até o segundo grau de parentesco por afinidade do beneficiário-titular; sendo que todos os dependentes/agregados do contrato estão de acordo com as regras da ANS. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

– O grupo familiar será o cônjuge, inclusive por meio de união homoafetiva, companheiro(a), filhos solteiros ou equiparados a filhos solteiros (adotados ou sob guarda) até 21 anos ou até 24 anos se estudante devidamente matriculado ou de qualquer idade se portador de necessidade especial, bem como, pai e mãe do servidor. Os outros vínculos até o terceiro grau de parentesco consanguíneo ou segundo grau por afinidade será permitida apenas a manutenção dos beneficiários existentes no plano atual.

PERGUNTA 40: Favor ratificar nosso entendimento de que a variação entre as faixas etárias deverá ser em comprimento a RN 63.

– Sim.

PERGUNTA 41: Podemos entender que a sinistralidade será calculada considerando a utilização dos beneficiários e prêmios líquidos de impostos e consignado mencionado no item 17.5 do Edital.

– A sinistralidade será calculada conforme o item 7.6 do edital.

PERGUNTA 42: Para o Reajuste Financeiro, em função da variação dos custos médicos, favor nos informar se o Órgão concorda em utilizar o IVCMH (Índice de Variação de Custo Médico-Hospitalar) da contratada como fator de reajuste financeiro no aniversário do contrato (a cada 12 meses) Cumpra salientar que esta seguradora trabalha com sinistralidade na modalidade regime de caixa. Considerando que a licitante apura o resultado de seus contratos por REGIME DE CAIXA, abaixo segue descritivo do período de análise: - Na 1ª (primeira) avaliação, o período de apuração compreenderá do 4º (quarto) ao 9º (nono) mês de vigência do Contrato, com a aplicação do resultado no faturamento do 13º (décimo terceiro) mês de vigência do Contrato, ou seja, no mês do seu aniversário. - As reavaliações subsequentes à do 1º período de apuração, serão realizadas, sucessivamente, considerando-se os 12 (doze) meses seguintes ao do último período avaliado. Onde, na 2ª (segunda) avaliação, compreenderá do 10º (décimo) ao 21º (vigésimo primeiro) mês, com aplicação do resultado no faturamento do 25º (vigésimo quinto) mês e assim sucessivamente. O reajuste sempre será aplicado no aniversário do Contrato, relativo à sua data-base. Para o Reajuste por Sinistralidade, caso o resultado fique superior a 80% (oitenta por cento), a contratada realizará o cálculo para identificação do percentual de Reajuste por Sinistralidade do Contrato. Sinistralidade é o resultado obtido pela divisão do valor total dos sinistros pagos alocados pelo mês de pagamento pelo total de prêmios recebidos líquidos de IOF, desprezados os primeiros três (3) meses do período analisado; de acordo com a formulação descrita abaixo: Índice de Sinistralidade=Sinistro/Prêmio Onde: Índice de Sinistralidade é o resultado obtido pela divisão do valor total dos sinistros pagos alocados pelo mês de pagamento pelo total de prêmios recebidos líquidos de IOF, desprezados os primeiros três (3) meses do período analisado; Sinistro = Corresponde ao total de sinistros pagos dentro do período de apuração; Prêmio = Corresponde ao total de Prêmios Recebidos, do Contrato, descontado o IOF – Imposto de Operações Financeiras, dentro do período de apuração. Onde: Reajuste de Sinistralidade= $((IS/0,80)-1)*100$ Sinistro = Corresponde ao total de sinistros pagos dentro do período de apuração; PR= Corresponde ao total de Prêmios Recebidos, do Contrato, descontado o IOF – Imposto de Operações Financeiras, dentro do período de apuração; IS = Índice de Sinistralidade O Reajuste de Sinistralidade (RS) será considerado 0 (zero) sempre que o valor obtido pela sua formulação resultar em número inferior a 0 (zero). O resultado obtido na conta é o Índice de Reajuste de Sinistralidade.

– Sobre reajuste seguir o especificado no edital.

PERGUNTA 43: Gentileza ratificar se poderá ser aplicado ambos os reajustes, ou seja, por Sinistralidade/técnico, se o resultado estiver acima de 80%, e mais o Financeiro, independente do resultado, no aniversário do contrato (a cada 12 meses), considerando as fórmulas de cálculo e especificações acima descritas?

- Não, o reajuste será calculado pela sinistralidade.

PERGUNTA 44: Por favor ratificar o nosso entendimento de que serão aceitas inclusões pro-rata e utilização imediata? Caso negativo, o processamento seguirá o fechamento da fatura?

- Sim, conforme é realizado no atual contrato.

