



TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL
ESTUDOS TÉCNICOS PRELIMINARES

1. Necessidade/Demanda a ser Atendida

1.1. Indicação da necessidade:

Prover assistência à saúde para ministros, juízes auxiliares, servidores e seus dependentes e para os pensionistas civis do TSE.

1.2. Descrição da necessidade:

Conforme a Lei nº 8.112 de 11 de dezembro de 1990, a União deverá manter Plano de Seguridade Social para o servidor e seus dependentes, o qual visa, dentre outras finalidades, à assistência à saúde.

A assistência à saúde prestada por intermédio de plano ou seguro de saúde é um serviço contínuo que deve ser disponibilizado sem interrupção.

Nesse sentido, o Tribunal Superior Eleitoral oferece a seus ministros, juízes auxiliares, servidores e seus dependentes e pensionistas civis assistência à saúde indireta por meio de contratação de operadora de plano de saúde, de acordo com o disposto na Resolução TSE nº 23.414, de 21 de outubro de 2014, que dispõe sobre o Programa de Assistência à saúde no âmbito do TSE.

"Art. 5º A assistência indireta tem por finalidade oferecer serviços de saúde prestados por profissionais habilitados e instituições especializadas, por meio de convênio ou contrato, inclusive de credenciamento, e/ou na forma de auxílio ou reembolso, conforme estabelecido em regulamento.

Art. 6º A assistência indireta compreende, dentre outros, assistência médica ambulatorial, exames complementares, assistência hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica."

Além disso, é objetivo do planejamento estratégico do Tribunal Superior Eleitoral melhorar a experiência de trabalho do servidor. Este objetivo refere-se ao fomento de ações visando proporcionar aos servidores melhores interações, reconhecimento, bem-estar, qualidade de vida, agilidade e boas experiências com o trabalho no TSE, de forma a trazer mais satisfação, produtos e serviços cada vez melhores.

Em conformidade com os supramencionados normativos, e com o planejamento estratégico desta Corte, o Tribunal realizou em 2018 procedimento licitatório para contratação de operadora de plano de privado de assistência à saúde ou de operadora de seguro privado de assistência à saúde, sob o número SEI 2017.00.000012146-9, firmando ao final, contrato com a empresa Amil Assistência Médica Internacional LTDA, com vigência a partir de 1º.5.2018, com duração de 12 meses, podendo ser prorrogado nos termos da lei.

O presente contrato foi prorrogado por cinco anos, não sendo mais possível realizar prorrogação. Desta maneira, faz-se necessário realização de procedimento licitatório para contratação de empresa que garanta a continuação da prestação da assistência à saúde indireta, garantida pela Lei 8.112/90, pela Resolução TSE nº 23.414/2014 e em conformidade com o planejamento estratégico do TSE.

A contratação garantirá a manutenção da assistência à saúde a 2.341 beneficiários. Caso a necessidade não seja sanada os beneficiários ficarão descobertos de assistência, direito garantido na Lei 8.112/1990.

A empresa contratada deverá ofertar produtos com cobertura nacional, acomodações do tipo enfermaria e quarto privativo, além de oferecer reembolso parcial de consulta de livre escolha, em alguns dos tipos de plano, e reembolso integral de despesas para todos os planos no caso de inexistência de rede credenciada. Além disso, deverá disponibilizar sistema informatizado para realização das inclusões e exclusões mensais. Seguem os esclarecimentos acerca das especificações do produto:

a) cobertura nacional: a operadora/seguradora de plano de saúde deverá apresentar na proposta planos de cobertura nacional com intuito de ofertar, por meio de rede credenciada, assistência à saúde ao maior quantitativo possível de beneficiários, uma vez que a massa de beneficiários do TSE não se encontra em sua totalidade em Brasília, mas distribuída em diversas localidades do Brasil, como por exemplo, servidores removidos, cedidos, aposentados, pensionistas e aqueles atualmente exercem suas atividades na modalidade de teletrabalho.

b) acomodações do tipo enfermaria e apartamento privativo: a previsão de acomodações do tipo enfermaria visa a oferta de planos mais acessíveis aos servidores. A solicitação desse tipo de acomodação não é óbice à apresentação de propostas, uma vez que as operadoras comercializam planos com esse tipo de acomodação.

c) reembolso integral de despesa no caso de inexistência de rede credenciada: esta exigência garante aos beneficiários o reembolso integral da despesa quando o atendimento ocorrer em localidade na qual a operadora não possui rede credenciada. Importante ressaltar que nenhum plano possui rede credenciada em todos os municípios brasileiros. Neste caso, é assegurado ao beneficiário o reembolso.

d) reembolso parcial em decorrência de atendimento por livre escolha: esta exigência, a partir do tipo de Plano de Padrão III, garante ao beneficiário reembolso parcial de despesa (de acordo com a tabela da contratada) pelo atendimento de consulta médica por profissional não credenciado.

Ressaltamos que todos os itens constantes nas alíneas "a" a "d" do parágrafo anterior são habitualmente encontrados nos Termos de Referência para contratação de operadora de plano de saúde, vide aqueles constantes neste procedimento administrativo, e que constam também nas contratações anteriores, e que, principalmente, não foram objetos de contestação.

A prestação do serviço será regida pela legislação pertinente, em especial, pela Lei 9.656, de 3.6.1998, Lei nº 8.666/93, de 21.6.1993 e pelos Atos Normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

2. Diferentes Soluções de Mercado que possam Atender à Necessidade

A assistência indireta pode ser prestada de diversas formas, porém, as mais utilizadas pelos órgãos públicos são:

- 1- contratação de operadora de plano de saúde;
- 2- credenciamento de administradora de benefícios;
- 3- autogestão de plano de saúde.

1) Contratação de operadora ou seguradora de plano de saúde:

A assistência à saúde indireta por meio de contrato com operadora de plano de saúde, é custeada parte pelo orçamento oriundo da União, ação "Assistência Médica e Odontológica - AMO", e por contrapartida do magistrado, servidor ou pensionista, estabelecida por ato administrativo considerando-se a faixa etária do beneficiário e a remuneração do cargo.

É necessário realizar procedimento licitatório para contratação de operadora de plano de saúde para prestação de serviço na modalidade de

É necessário realizar procedimento licitatório para contratação de operadora de plano de saúde para prestação de serviço na modalidade de contratação coletivo empresarial, nos termos da Lei 9.656 de 3 de junho de 1998, em todo o território nacional, compreendendo atendimento médico-hospitalar e ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, bem como internações, tanto em caráter eletivo como emergencial, em hospitais e clínicas, em enfermaria e apartamento individual.

Percebe-se que este modelo traz como pontos positivos:

- o custo fixo por beneficiário;
- o risco imediato da ocorrência de sinistros elevados ser da operadora contratada;
- não haver necessidade de constituição de garantias/provisões para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Por outro lado, como pontos negativos pode-se destacar:

- o mercado de saúde dominado por poucas empresas, o que diminui a competitividade das licitações e mantém o órgão refém das regras impostas por elas;
- a inflação médica que eleva os percentuais de reajuste das mensalidades e consequentemente a participação do servidor no custeio;
- falta de controle analítico dos serviços prestados pela Operadora;
- não há controle dos custos com os serviços médicos, uma vez que quem contrata os prestadores de serviços médicos (hospitais, clínicas, laboratórios, dentre outros) é a Operadora e
- falta de dados para argumentação consistente de reajuste das mensalidades

No site da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, é possível consultar as operadoras/seguradoras com registro na agência reguladora com autorização para comercializar planos de saúde, [Consulta ANS](#). Na tabela abaixo elencamos as principais empresas do mercado de plano de saúde registradas na agência reguladora, que comercializam planos nas condições previstas no subcapítulo 1.2

Registro na ANS	Nome Fantasia	Modalidade
HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	HAPVIDA	Medicina de Grupo
BRADESCO SAÚDE S.A.	BRADESCO SAÚDE S.A.	Seguradora Especializada em Saúde
AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	AMIL	Medicina de Grupo
SUL AMÉRICA SERVIÇOS DE SAÚDE S.A.		Medicina de Grupo
UNIMED SEGUROS S/A	SEGUROS UNIMED	Seguradora Especializada em Saúde

Não há necessidade de aquisição de serviços ou materiais complementares relacionados a esta solução.

Em pesquisa realizada, identificou-se a contratação de seguradora de plano de saúde, por processo licitatório, no Tribunal Regional do Trabalho da 1ª Região, Tribunal Regional Federal da 2ª Região e Tribunal Regional Federal da 3ª Região.

No TRF da 2ª Região, o contrato foi firmado em 11 de dezembro de 2018, prorrogável por 30 meses, com previsão inicial de assegurar atendimento a 10.617 servidores e dependentes legais e 382 agregados, formando uma massa segurada de 10.999 vidas. A adesão é facultativa e, atualmente, possuem 5.500 vidas no total. O contrato firmado entre o Tribunal Regional Federal e a seguradora segue nesse procedimento administrativo sob o número SEI 2190854.

O TRT da 1ª Região firmou contrato com seguradora de plano de saúde em 23.7.2021, prorrogável por 30 meses, com previsão de gasto mensal de R\$ 6.776.456,35 e global de R\$ 203.293.690,50, com previsão de atender a 6.314 vidas. Atualmente o plano ofertado possui 6.400 vidas. O contrato firmado encontra-se no presente procedimento administrativo sob o número SEI 2190852.

O TRF da 3ª Região firmou contrato com seguradora de plano de saúde em 1.11.2021, com previsão inicial de atendimento de 10.127 vidas, prorrogável por 30 meses, com um custo previsto para este período de R\$ 319.749.210,00, ou seja, aproximadamente R\$ 10.658.307 por mês. O contrato firmado encontra-se no presente procedimento administrativo sob o número SEI 2237060.

Os contratos supramencionados assemelham-se ao contrato atual do TSE firmado com a Amil, e ao pretendido com esta contratação, obriga ao menos a oferta do constante no rol de procedimentos obrigatórios da ANS e oferecem reembolso, ao menos em um tipo de plano, para consulta de livre escolha do beneficiário. Assim como o TSE, o TRT 1ª Região e o TRF 2ª Região oferecem reembolso integral de despesas por inexistência de rede credenciada, ofertado quando o atendimento se dá em localidade que não há credenciado para atendimento.

2) Credenciamento de Administradora de Benefícios

Outro modelo ofertado pelos órgãos públicos é o de credenciamento de administradora de benefícios. Regulamentada pela Resolução Normativa - RN Nº 196, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, as administradoras de benefícios são pessoas jurídicas que propõem a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos.

O credenciamento proporciona a oferta de uma ou mais administradora de benefícios que disponibilizam uma ou mais operadoras de plano de saúde para os beneficiários escolherem o plano que lhes for mais conveniente. As Administradoras são responsáveis pelas inclusões e exclusões de beneficiários, bem como pelas alterações de planos, representam seus usuários perante a operadora escolhida e são responsáveis pela contratação e pelos reajustes anuais de preços.

Seria necessária a implementação da prestação de assistência à saúde com o formato de "auxílio-saúde", que consiste no custeio de plano de saúde mediante auxílio mensal de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento parcial de despesas com mensalidades pagas a planos privados de saúde, de livre escolha e responsabilidade do beneficiário, com comprovação de pagamento. A diferença entre o plano escolhido e o valor do auxílio é custeada pelo servidor, e, se o valor do plano contratado for menor, o auxílio é limitado ao valor estabelecido.

Como pontos positivos para o credenciamento de administradora de benefícios podemos destacar a inserção do número de vidas em um grupo maior que facilita a negociação da administradora com as operadoras, bem como a possibilidade de oferta de mais de uma operadora/seguradora de plano, no entanto traz como pontos negativos o valor do auxílio ofertado pelos órgãos que, geralmente, cobrem pequena parte das despesas efetuadas com saúde, aplicação do reajuste anual determinado pela ANS, além de empresa intermediária com o objetivo de obter lucros.

As empresas que oferecem este serviço no mercado podem ser consultadas no link do endereço da ANS constante no tópico das operadoras/seguradoras de plano de saúde, contudo pode-se citar, Aliança Administradora, Qualicorp, Elo Administradora de Benefícios, Allcare, Servix e Grupo Integral Prime.

Como exemplo de órgão público que optou por este tipo de prestação de assistência à saúde pode-se citar a Advocacia Geral da União que credenciou as administradoras Qualicorp, Allcare, Servix e Assefaz. Na AGU o reembolso da despesa é de R\$ 120,00 mensais por pessoa inscrita no plano administrado pelo órgão. O servidor contrata o plano e solicita o reembolso no SIGEPE - Sistema de Gestão de Pessoas do Executivo Federal, que está sendo substituído pelo aplicativo SouGov.br. O valor ressarcido ao servidor e seus dependentes corresponde ao valor do *per capita* recebido pelo órgão para custear a assistência à saúde, R\$ 120,00.

Não há necessidade de aquisição de serviços ou materiais complementares relacionados a esta solução.

3) Autogestão em assistência à saúde

Por último, pode-se ofertar a autogestão em assistência à saúde onde a própria organização institui e administra, sem finalidade lucrativa, o programa de assistência à saúde de seus beneficiários, reduzindo os gastos decorrentes com a intermediação das empresas de plano de saúde do mercado. Ele é regulamentado pela Resolução Normativa nº 137 - ANS, de 14.11.2006.

Para instituir esse modelo é necessária a criação de uma pessoa jurídica com objeto social exclusivamente relacionado à assistência à saúde, fundo de reservas com vistas à propiciar o custeio das despesas, obtenção da autorização de funcionamento na agência reguladora e o regulamento do programa de assistência à saúde.

Em pesquisa realizada em outros tribunais, verificou-se que, além das obrigações legais supramencionadas, são necessárias para a gestão deste modelo a contratação de empresas de atuarial, contabilidade e auditoria, aquisição ou desenvolvimento de sistema de gestão de plano de saúde, equipes de credenciamento, autorização de procedimentos e faturamento, além de área médica envolvida.

Pode-se elencar como pontos positivos do modelo de autogestão:

- modelo econômico, onde a instituição paga apenas os serviços realmente efetuados pelos profissionais e prestadores de serviços de saúde sem empresas intermediárias;
- liberdade para decidir o formato do plano de acordo com as necessidades existentes;
- cobertura assistencial definida pelo órgão.
- programas de promoção da saúde e prevenção de doenças utilizados como ferramenta para acompanhamento e controle dos riscos;
- por ser um órgão público, o TSE possui a opção de constituir plano/programa por meio de ato administrativo sem a necessidade de se submeter a inspeção da ANS.

Como fatores negativos pode-se destacar:

- o custo operacional/administrativo, todas as responsabilidades financeiras são repassadas ao órgão provedor;
- os riscos de solvência com tratamentos onerosos, impulsionados quando a base de financiamento é diminuta;
- escassez de gestão especializada;
- a falta de conscientização da massa de beneficiários, acerca do modelo, pode causar desequilíbrios, em face de utilizações indevidas;
- crescimento do custo administrativo, uma vez que a criação do plano/programa demandará a contratação de novos servidores e especializados;
- aporte financeiro inicial, para composição de fundo.

Cabe ressaltar que, algumas necessidades indispensáveis para a implementação deste modelo, que não puderem ser atendidas pelo quadro de pessoal do TSE, ensejariam em contratações para garantir a implementação, tais como o serviço de auditoria médica, contabilidade e cálculo atuarial.

Além disso, seria necessário que a área de tecnologia de informação do TSE desenvolvesse sistema próprio para a gestão do plano que possibilitasse realizar o credenciamento de fornecedores, controle de utilização pelo beneficiário, emissão de autorização e compra de materiais, dentre outras funções. Em caso de inviabilidade de desenvolvimento de sistema próprio a segunda opção seria a aquisição de software desenvolvido por empresas e vendido aos órgãos que possuem autogestão instituída. A maioria das autogestões utilizam os softwares da empresa [Benner](#).

Importante informar que este modelo é o utilizado pelo Supremo Tribunal Federal, Superior Tribunal de Justiça, Tribunal Superior do Trabalho, Tribunal Regional Federal da 1ª Região e Ministério Público da União, dentre outros, órgãos. No documento SEI 2217497, seguem algumas informações relevantes das autogestões do STF, STJ e TST, tais como, quantitativo de vidas, valor do fundo, valor do orçamento recebido pela União, força de trabalho e período de custeio do plano com a utilização do orçamento. Cumpre ressaltar que tais Órgãos dispõem de um valor de fundo considerável, no caso do STF, o qual tem o quantitativo de vidas mais próximo ao do TSE, por exemplo, em torno de vinte e sete milhões de reais.

Destaca-se que, conforme consta no quadro comparativo das autogestões, o custo médio mensal por vida na autogestão do STJ é de R\$ 1.090,44 e do STF de R\$ 948,91. Se estes valores fossem aplicados ao quantitativo de beneficiários do TSE teríamos, no primeiro caso, um gasto mensal aproximado de R\$ 2.555.991,36, e com os valores do STF em torno de R\$ 2.221.398,31. Nota-se que os valores encontrados são bem próximos ao custo mensal com a contratação de operadora de plano de saúde atual, R\$ 2.413.919,48.

Importante destacar, ainda, que o comparativo realizado entre o custo médio mensal por vida das autogestões e o custo da contratação do TSE não leva em consideração os investimentos com os serviços e materiais necessários à implantação de uma autogestão neste Tribunal, como citado anteriormente, compra ou desenvolvimento de sistema de gestão de plano de saúde, contratação de empresa de auditoria médica, de contabilidade, cálculo atuarial, além da despesa necessária com pessoal para compor a unidade institucional que seria responsável pela gestão, o que sugere que, ao final, o custo médio mensal com a autogestão no TSE seria superior ao custo mensal da contratação.

3. Descrição da Solução Escolhida:

3.1. Justificativas para a escolha da solução:

Tendo em vista as informações supramencionadas, levando-se em consideração os pontos negativos e positivos de cada modelo e o quantitativo de vidas beneficiadas (2.340), esta unidade técnica entende que a contratação de operadora de plano de saúde é o modelo que melhor possibilita a prestação de assistência à saúde indireta aos ministros, juizes auxiliares, servidores e seus dependentes e pensionistas, no âmbito do TSE.

Em comparação com o credenciamento de administradora de benefícios, o modelo de contratação de operadora/seguradora de plano de saúde é mais vantajoso porque elimina a empresa intermediária, a administradora de benefícios, evitando assim os valores pagos a título de lucro para duas empresas.

Além disso, percebe-se, conforme demonstra a tabela abaixo, que o valor per capita do auxílio-saúde repassado aos servidores para o custeio da contratação de plano de saúde, via administradora de benefícios, geralmente mostra-se insuficiente, principalmente nas faixas etárias mais elevadas. Atualmente o valor *per capita* do TSE é R\$ 546,00.

No TSE o custeio do plano de saúde obedece escalonamento por faixa etária e por faixa de remuneração. O Tribunal participa no custeio da mensalidade com um percentual do plano de Padrão I para todos os beneficiários, ficando a diferença de valores, no caso de escolha de planos superiores, a cargo do servidor. Além disso, o percentual de participação está relacionado também à faixa de remuneração do servidor.

Com este modelo de custeio, o orçamento destinado ao Programa de Assistência à Saúde do TSE, instituído pela Resolução TSE nº 23.414, de 21 de outubro de 2014, possibilita além da oferta de plano de saúde, outros benefícios que garantem a prestação de assistência à saúde, tais como reembolsos farmacêuticos, odontológico e de vacinas, além da aquisição de materiais para atendimento direto na Coordenadoria de Atenção à Saúde.

Os percentuais de participação no custeio estão determinados pela Portaria TSE nº 370/2022, documento SEI 2216905.

Caso seja instituído o auxílio-saúde para credenciamento de administradora de benefícios, o valor per capita seria destinado apenas ao custeio do plano de saúde, impossibilitando a oferta de outros benefícios relacionados à saúde. Desta maneira, o modelo de credenciamento, *s.m.j.* não se mostra mais vantajoso que a contratação de operadora/seguradora de plano de saúde.

Não há como estimar o custo deste item, uma vez que o beneficiário contrata o plano de saúde da operadora/seguradora que melhor lhe atenda e solicita ao TSE o reembolso da despesa, limitado ao valor *per capita* recebido pelo TSE para o cálculo do orçamento da ação orçamentária Assistência Médica e Odontológica.

Porém, utilizando como base a tabela atual do plano de saúde contratado pelo TSE para o plano de Padrão II, em que se encontra a maioria dos beneficiários, 50,85% do total, e o valor do auxílio-saúde limitado ao valor do *per capita* recebido pelo TSE, poderíamos realizar uma simulação dos gastos com o credenciamento de administradora de benefícios:

Faixa Etária	Total	Valor mensalidade Plano Padrão II	Valor per capita	Valor auxílio-saúde	Valor Total/mês	Valor Total/ano
00 a 18 anos	597	R\$ 378,66	R\$ 546,00	R\$ 378,66	R\$ 226.060,02	R\$ 2.712.720,24
19 a 23 anos	123	R\$ 467,80	R\$ 546,00	R\$ 467,80	R\$ 57.539,40	R\$ 690.472,80
24 a 28 anos	19	R\$ 587,57	R\$ 546,00	R\$ 546,00	R\$ 10.374,00	R\$ 124.488,00
29 a 33 anos	99	R\$ 662,91	R\$ 546,00	R\$ 546,00	R\$ 54.054,00	R\$ 648.648,00
34 a 38 anos	210	R\$ 722,09	R\$ 546,00	R\$ 546,00	R\$ 114.660,00	R\$ 1.375.920,00
39 a 43 anos	285	R\$ 791,87	R\$ 546,00	R\$ 546,00	R\$ 155.610,00	R\$ 1.867.320,00
44 a 48 anos	209	R\$ 938,77	R\$ 546,00	R\$ 546,00	R\$ 114.114,00	R\$ 1.369.368,00
49 a 53 anos	219	R\$ 1.134,88	R\$ 546,00	R\$ 546,00	R\$ 119.574,00	R\$ 1.434.888,00
54 a 58 anos	156	R\$ 1.448,83	R\$ 546,00	R\$ 546,00	R\$ 85.176,00	R\$ 1.022.112,00
Acima de 59 anos	423	R\$ 2.238,73	R\$ 546,00	R\$ 546,00	R\$ 230.958,00	R\$ 2.771.496,00
	2.340				R\$ 1.168.119,42	R\$ 14.017.433,04

Cabe ressaltar que:

- o valores das mensalidades da tabela do TSE são decorrentes de contratação direta, sem intermédio de administradora de benefícios, razão pela qual infere-se que sejam inferiores aqueles cobrados pelas administradoras de benefícios;
- o valor da simulação refere-se ao gasto do TSE com a contratação da administradora de benefícios, não foi levado em conta a parte do custeio relativa aos servidores;
- quando o Tribunal limita a sua participação no custeio da mensalidade no valor do *per capita* recebido na formação do orçamento, o servidor será o responsável pelo custeio de grande parte da mensalidade, o que tornaria o modelo demasiadamente oneroso para o servidor, principalmente para aqueles mais idosos.
- atualmente o TSE recebe orçamento para 3.219 beneficiários do Programa de Assistência à Saúde - PAS, destes, 2.340 são estão inscritos no plano de saúde. O orçamento possibilita a oferta de outros benefícios do Programa, tais como reembolsos farmacêutico, odontológico e de vacinas, além da aquisição de material para atendimento da Coordenadoria de Atenção à Saúde. A implementação do modelo de administradora de benefícios, caso fosse aprovado pela administração do TSE, ensejaria em aumento de despesas, uma vez que possibilitaria a todos aqueles que fizeram a opção por não se inscrever no plano ofertado por este Tribunal, receber um valor de contrapartida, o que inviabilizaria a manutenção do PAS.

Por fim, esta unidade técnica avalia que o credenciamento de administradora de benefícios seria a solução mais desvantajosa para a Administração, uma vez que duas empresas estariam envolvidas na prestação do serviço (administradora de benefícios e operadora/seguradora de plano de saúde), com objetivo de lucro, o que implicaria em um contrato oneroso para o orçamento, e para os servidores que arcariam com grande parte do valor da mensalidade, uma vez que o valor do *per capita* como descrito anteriormente, representaria pequena parte da mensalidade do plano de saúde, além de colocar em risco a oferta dos outros benefícios que compõe o PAS.

Em comparação com o modelo de autogestão em assistência à saúde, informamos que no ano de 2017 foi entregue ao TSE, relatório de viabilidade de implantação de autogestão, elaborado pela empresa Wedan, especializada em cálculo atuarial, que concluiu que este formato era inviável para o cenário do TSE. O relatório segue neste procedimento sob o número SEI 2217128. Contudo, ressaltou que este formato poderia ser viável desde que compartilhado com outra autogestão constituída por outro órgão público.

Importante ressaltar que, além dos prós e contras mencionados no item 2, relativos ao modelo de autogestão, a implantação deste modelo, quer por autogestão própria ou compartilhada, depende de interesse da Administração do TSE, que, *s.m.j.*, não entende como o melhor formato para este momento, uma vez que o Senhor Diretor-Geral deste Tribunal autorizou no Despacho SEI 2149922 a inclusão da contratação de operadora de plano de saúde no Plano de Contratação Anual 2023, bem como autorizou também dar prosseguimento à demanda nos termos do art. 6º da IN TSE nº 11/2021, 1790643.

Por fim, importante ressaltar que no ano de 2019 foi realizada pesquisa de satisfação com os servidores a fim de aferir a satisfação dos usuários com o atendimento e os serviços ofertados pela Seção de Benefícios. Dentre os questionamentos, foi apresentado um especificamente acerca da satisfação dos servidores com o modelo de assistência à saúde prestado pelo TSE (contrato de operadora de plano de saúde). O resultado demonstrou que 44,6% avaliaram a prestação como excelente, 39,2% como boa, 11,5% como regular e 4,7% como ruim, gerando um percentual total de satisfação de 83,8% (considerando os que avaliaram com "ótimo" e "bom"), 1109129

3.2. Detalhamento da solução:

Prestação de serviço de assistência à saúde, por meio de operadora de plano de plano de saúde, na modalidade de contratação coletivo empresarial, nos termos da Lei 9.656 de 3 de junho de 1998, em todo o território nacional, compreendendo atendimento médico-hospitalar e ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, bem como internações, tanto em caráter eletivo como emergencial, em hospitais e clínicas, em enfermaria e apartamento individual com banheiro privativo, sem excluir doenças preexistentes ou crônicas, aos beneficiários regularmente inscritos no Tribunal Superior Eleitoral.

A prestação do serviço será regida pela legislação pertinente, em especial, pela Lei 9.656, de 3.6.1998, Lei nº 8.666/93, de 21.6.1993 e pelos Atos Normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Assim como na contratação vigente, há necessidade de estabelecer garantia para a execução contratual.

Ademais, para esta contratação sugere-se a observância do Índice de Desempenho de Saúde Suplementar - IDSS. A ANS desenvolveu um Programa de Qualificação de operadoras, para avaliação anual do desempenho das operadoras de planos de saúde. Tem como objetivos o estímulo da qualidade setorial e a redução da assimetria de informação, promovendo maior poder de escolha para o beneficiário e oferecendo subsídios para a melhoria da gestão das operadoras e das ações regulatórias da ANS.

Os resultados da avaliação das operadoras são traduzidos pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS. O IDSS é um índice composto por um conjunto de indicadores agrupados em quatro dimensões e é calculado com base nos dados extraídos dos sistemas de informações da Agência ou coletados nos sistemas nacionais de informação em saúde.

O IDSS permite a comparação entre operadoras, estimulando a disseminação de informações de forma transparente e a redução da assimetria de informação, falha de mercado que compromete a capacidade do consumidor de fazer suas escolhas no momento da contratação ou troca de um plano de saúde e a ampliação da concorrência baseada em valor no setor.

As dimensões do IDSS são:

- **Qualidade em Atenção à Saúde:** avaliação do conjunto de ações em saúde que contribuem para o atendimento das necessidades de saúde dos beneficiários, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada;
- **Garantia de Acesso:** condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de

prestadores;

- **Sustentabilidade no Mercado:** monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando o equilíbrio econômico-financeiro, passando pela satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores;
- **Gestão de Processos e Regulação:** essa dimensão afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS.

O IDSS varia de 0 a 1. Sugere-se observar a classificação maior ou igual a 0.8 como requisito para a habilitação, uma vez que, conforme consta no documento SEI 2245601, relação de IDSS das operadoras de plano de saúde no ano de 2020, divulgada pela ANS, as operadoras do mercado que conhecidamente conseguiriam atender os requisitos deste estudo técnico preliminar e que constarão no Termo de Referência da contratação, estão avaliadas a partir de 0.8. Isto evitaria o encaminhamento de proposta de empresas incapazes de entregar o objeto contratado que, por conseguinte, ocasionariam futuros problemas na continuidade da execução contratual. Em suma, com este critério busca-se evitar/diminuir os problemas futuros com a execução do contrato, além de garantir a oferta de produtos de qualidade aos servidores beneficiários. A imposição de índice superior a 0.8 restringiria por demais a participação das empresas.

Os tipos de planos a serem oferecidos pela empresa deverão diferenciar-se, entre si, em função de internação hospitalar em enfermaria, de internação hospitalar em apartamento individual e de reembolso e tendo as seguintes características mínimas:

- Padrão I: cobrirá internação hospitalar em enfermaria e as despesas com serviços e especialidades médicas/profissionais de saúde constantes no Termo de Referência, e outras asseguradas pela legislação vigente, a serem executadas pelos estabelecimentos prestadores de assistência à saúde na respectiva rede própria, credenciada ou referenciada.
- Padrão II: cobrirá internação hospitalar em apartamento individual e as despesas com serviços e especialidades médicas/profissionais de saúde constantes no Termo de Referência, e outras asseguradas pela legislação vigente, a serem executadas pelos estabelecimentos prestadores de assistência à saúde na respectiva rede própria, credenciada ou referenciada.
- Padrão III: cobrirá internação hospitalar em apartamento individual e as despesas com serviços e especialidades médicas/profissionais de saúde constantes no Termo de Referência, e outras asseguradas pela legislação vigente, a serem executadas pelos estabelecimentos prestadores de assistência à saúde na respectiva rede própria, credenciada ou referenciada e o reembolso das despesas realizadas, nos casos de livre escolha de profissional não credenciado, somente para consulta em nível ambulatorial, nos termos da legislação vigente, conforme o estabelecido no Termo de Referência.
- Padrão IV: cobrirá internação hospitalar em apartamento individual, e o reembolso das despesas realizadas, nos casos de livre escolha de profissionais, hospitais, laboratórios ou clínicas, para realização de quaisquer dos serviços cobertos pelo contrato, mediante pagamento direto do beneficiário ao prestador do serviço e posterior reembolso por parte da CONTRATADA, do valor gasto, observados os critérios constantes no Termo de Referência e deverá oferecer, no mínimo, 2 (dois) hospitais de referência (alto custo) em São Paulo e 2 (dois) no Rio de Janeiro.

Quanto aos critérios de qualificação técnica e operacional, deverão ser observados:

a) atestado(s) ou declaração(ões) de capacidade técnica, expedido(s) por pessoa(s) de direito público ou privado, que comprove(m) o fornecimento de assistência à saúde para, no mínimo 50% (cinquenta por cento) do quantitativo de beneficiários previsto;

a.1) será admitido o somatório de atestados quando se referirem à execução de serviços compatíveis com o objeto a ser contratado, desde que prestado simultaneamente;

a.2) caso persistam dúvidas acerca da veracidade da(s) declaração(ões), poderá(ão) ser exigida(s) cópia(s) do(s) contrato(s), dentre outros documentos, para fins de comprovação do alegado e o período da prestação dos serviços, caso a(s) declaração(ões) não tenha(m) sido emitida(s) pelo próprio TSE.

b) autorização para operar planos de assistência à saúde, bem como o nome comercial e o registro dos planos ofertados, emitida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

b.1) na hipótese de participação de cooperativas, deverão ser apresentadas as Certidões da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS de todas as cooperativas que sejam responsáveis pela prestação dos serviços (Acórdão 668/2005 - TCU - Plenário);

c) prova de registro na ANS do(s) plano(s) ofertado(s), necessariamente de abrangência geográfica nacional, bem como da segmentação assistencial oferecida nos termos do art. 5º da RN nº 338/2013, mediante declaração expedida pela citada autarquia o indicação do número de registro;

d) declaração comprometendo-se a disponibilizar, durante todo o período de vigência do contrato, adequada rede credenciada, de acordo com o Termo de Referência.

3.3. Os benefícios diretos e indiretos pretendidos com a contratação:

- garantir aos ministros, juízes auxiliares, servidores e seus dependentes e aos pensionistas o direito à saúde, determinado por lei;
- proporcionar aos ministros, juízes auxiliares, servidores e seus dependentes e aos pensionistas bem-estar e qualidade de vida.
- proporcionar aos ministros, juízes auxiliares e servidores boas experiências com o trabalho no TSE;

3.4. Os serviços e/ou materiais complementares à solução:

Não se aplica.

3.5. Aspectos relacionados à execução contratual:

O contrato firmado terá vigência a partir de 1.5.2023, pelo período de 30 (trinta meses), podendo ser prorrogado nos termos da lei.

A prestação do serviço será regida pela legislação pertinente, em especial, pela Lei 9.656, de 3.6.1998, Lei nº 8.666/93, de 21.6.1993 e pelos Atos Normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

O acompanhamento da execução contratual deverá ser realizada pela fiscalização técnica, a cargo das servidoras e servidores da Seção de Benefícios e da Seção de Atenção Médica e de Enfermagem, e a fiscalização administrativa a cargo de servidoras e servidores da Seção de Fiscalização Administrativa II, assim como acontece no acompanhamento do contrato ainda vigente.

Lista de verificação para o recebimento provisório:

- relatório prévio para a conferência contendo relação nominal dos beneficiários, valores das mensalidades e os acertos decorrentes da movimentação mensal de beneficiários.

Lista de verificação para recebimento definitivo:

- se a contratada manteve a disposição do TSE um sistema informatizado que possibilite, via internet, o encaminhamento da movimentação diária e mensal dos beneficiários;
- se a contratada manteve a rede de atendimento credenciada, referenciada ou própria em número igual ou superior ao apresentado no Termo de Referência;
- nos casos de descredenciamento, se a contratada garantiu a continuidade dos serviços prestados aos beneficiários;
- se a contratada encaminhou mensalmente ao TSE, juntamente com a fatura/nota fiscal dos serviços prestados, listagem atualizada dos beneficiários cadastrados.

Para efeito de aplicação das penas de advertência e multa, às infrações são atribuídos graus, conforme as tabelas seguintes:

GRAU	TABELA DE CORRESPONDÊNCIA
1	Advertência
2	0,15% sobre o valor mensal do contrato
3	0,30% sobre o valor mensal do contrato
4	0,50% sobre o valor mensal do contrato
5	0,80% sobre o valor mensal do contrato
6	1% sobre o valor da garantia contratual ou de sua complementação, se for o caso

ITEM	DESCRIÇÃO	GRAU
1	Deixar de cumprir quaisquer dos itens do edital e de seus anexos não previstos nesta tabela de multas, por ocorrência até o máximo de 5 (cinco) ocorrências.	1
2	Atrasar a entrega de carteiras provisórias ou de carteiras definitivas conforme estabelecido no Termo de Referência, sem justificativa, limitada sua aplicação até o máximo de 30 (trinta) dias.	2
3	Deixar de responder os questionamentos do TSE no prazo estipulado no Termo de Referência - Anexo I do Edital de Licitação, limitada sua aplicação a 10 (dez) dias até o máximo de 5 (cinco) ocorrências	2
4	Deixar de cumprir quaisquer dos itens do edital e seus anexos não previstos nesta tabela de multa, após reincidência formalmente notificada pelo fiscal do contrato, por ocorrência, limitada sua aplicação até o máximo de 5 (cinco) ocorrências.	3
5	Deixar de manter preposto no posto de atendimento remoto do TSE, conforme Termo de Referência, salvo por motivo de força maior, limitada sua aplicação até o máximo de 5 (cinco) ocorrências.	3
6	Deixar de colocar a disposição do TSE um sistema informatizado que possibilite, via internet, o encaminhamento da movimentação diária e mensal dos beneficiários, por ocorrência, limitada sua aplicação até o máximo de 5 (cinco) ocorrências.	3
7	Deixar de manter a rede de atendimento credenciada, referenciada ou própria em número igual ou superior ao apresentado no Termo de Referência, e, caso haja descredenciamento de qualquer profissional, hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou centro radiológico, deixar de credenciar outro de mesmo porte e com a mesma capacitação técnica, abrangência e número de leitos, segundo os critérios estabelecidos pela ANS, conforme estabelecido no Termo de Referência, por ocorrência, limitada sua aplicação até o máximo de 10 (dez) ocorrências.	4
8	Atrasar os prazos relativos a autorização de exames e procedimentos eletivos previstos na legislação vigente, por ocorrência, limitada sua aplicação até o máximo 30 (trinta) ocorrências.	4
9	Deixar de providenciar a correção das deficiências apontadas pelo TSE no prazo estipulado pelo Termo de Referência, por dia e por ocorrência, limitada sua aplicação a 5 (cinco) dias por ocorrência e/ou 5 (cinco) ocorrências.	5
10	Deixar de garantir a continuidade dos serviços que vinham sendo prestados pela anterior contratada, conforme Termo de Referência, por ocorrência, limitada sua aplicação a 1 (uma) ocorrência.	5
11	Deixar de assegurar aos beneficiários do CONTRATANTE, sempre que houver indisponibilidade de leito nos hospitais ou clínicas próprias ou credenciados da CONTRATADA, acomodação em outro estabelecimento de qualidade igual ou superior, sem ônus adicional, por ocorrência, limitada a sua aplicação a 1 (uma) ocorrência.	5
12	Deixar de assegurar a remoção do beneficiário hospitalizado, nos termos do Termo de Referência, por dia e por ocorrência, limitada sua aplicação até o máximo de 2 (dois) dias por ocorrência e/ou 3 (três) ocorrências.	5
13	Deixar de manter, durante toda a execução do Contrato, as condições de habilitação exigidas na licitação, por ocorrência, limitada sua aplicação a 3 (três) ocorrências.	5
14	Deixar de prestar a garantia de execução contratual ou complementá-la, se for o caso, por dia, limitada sua aplicação até o máximo de 7 (sete) dias.	6

Para a contratação em tela entende-se, *s.m.j.*, que não há previsão de mensuração de resultados pelas unidades do TSE, não havendo portanto previsão de Acordo de Nível de Serviço, uma vez que as operadoras e seguradoras são avaliadas pela agência reguladora que aplica penalidade e/ou suspende a comercialização de produtos quando as empresas não tem desempenho satisfatório.

Além disso, salienta-se que o objeto da contratação em tela é peculiar, diferente dos serviços entregues em outras contratações, por isso considera-se temerário criar obstáculos para a execução do contrato. Desta maneira, sugere-se a manutenção do formato atual, onde a agência reguladora é a responsável por avaliar a prestação do serviço.

3.6. Diferenças (especificação e quantidades) em relação à última contratação:

O contrato atual prevê a oferta de cinco padrões de plano, obedecendo as seguintes especificações:

- Padrão I: cobrirá internação hospitalar em enfermaria e as despesas com serviços e especialidades médicas/profissionais de saúde constantes no Termo de Referência, e outras asseguradas pela legislação vigente, a serem executadas pelos estabelecimentos prestadores de assistência à saúde na respectiva rede própria, credenciada ou referenciada.
- Padrão II: cobrirá internação hospitalar em apartamento individual e as despesas com serviços e especialidades médicas/profissionais de saúde constantes no Termo de Referência, e outras asseguradas pela legislação vigente, a serem executadas pelos estabelecimentos prestadores de assistência à saúde na respectiva rede própria, credenciada ou referenciada.
- Padrão III: cobrirá internação hospitalar em apartamento individual e as despesas com serviços e especialidades médicas/profissionais de saúde constantes no Termo de Referência, e outras asseguradas pela legislação vigente, a serem executadas pelos estabelecimentos prestadores de assistência à saúde na respectiva rede própria, credenciada ou referenciada e o reembolso das despesas realizadas, nos casos de livre escolha de profissional não credenciado, somente para consulta em nível ambulatorial, nos termos da legislação vigente, conforme o estabelecido no Termo de Referência.
- Padrão IV: cobrirá internação hospitalar em apartamento individual, e o reembolso das despesas realizadas, nos casos de livre escolha de profissionais, hospitais, laboratórios ou clínicas, para realização de quaisquer dos serviços cobertos pelo contrato, mediante pagamento direto do beneficiário ao prestador do serviço e posterior reembolso por parte da CONTRATADA, do valor gasto, observados os critérios constantes no Termo de Referência.
- Padrão V: além da cobertura para o plano de Padrão IV, a CONTRATADA deverá oferecer, no mínimo, 2 (dois) hospitais de referência (alto custo) em São Paulo e 2 (dois) no Rio de Janeiro, além de valores de reembolso superiores ao plano de Padrão IV, observados os critérios do Termo de Referência.

Para a contratação futura, a unidade técnica avaliou a quantidade de produtos ofertados e concluiu ser necessária a oferta de 4 (quatro) tipos de plano, fazendo a união dos planos de Padrão IV e V em apenas um produto, tendo em vista que, atualmente, o produto IV possui 53 beneficiários inscritos e o produto V apenas 10, em um universo de 2.340 vidas, corresponde apenas a 2,69% do total. Desta maneira os planos solicitados terão as seguintes descrições:

- Padrão I: cobrirá internação hospitalar em enfermaria e as despesas com serviços e especialidades médicas/profissionais de saúde constantes no Termo de Referência, e outras asseguradas pela legislação vigente, a serem executadas pelos estabelecimentos prestadores de assistência à saúde na respectiva rede própria, credenciada ou referenciada.
- Padrão II: cobrirá internação hospitalar em apartamento individual e as despesas com serviços e especialidades médicas/profissionais de saúde constantes no Termo de Referência, e outras asseguradas pela legislação vigente, a serem executadas pelos estabelecimentos prestadores de assistência à saúde na respectiva rede própria, credenciada ou referenciada.
- Padrão III: cobrirá internação hospitalar em apartamento individual e as despesas com serviços e especialidades médicas/profissionais de saúde constantes no Termo de Referência, e outras asseguradas pela legislação vigente, a serem executadas pelos estabelecimentos prestadores de assistência à saúde na respectiva rede própria, credenciada ou referenciada e o reembolso das despesas realizadas, nos casos de livre escolha de profissional não credenciado, somente para consulta em nível ambulatorial, nos termos da legislação vigente, conforme o

estabelecido no Termo de Referência.

- Padrão IV: cobrirá internação hospitalar em apartamento individual, e o reembolso das despesas realizadas, nos casos de livre escolha de profissionais, hospitais, laboratórios ou clínicas, para realização de quaisquer dos serviços cobertos pelo contrato, mediante pagamento direto do beneficiário ao prestador do serviço e posterior reembolso por parte da CONTRATADA, do valor gasto, observados os critérios constantes no Termo de Referência e deverá oferecer, no mínimo, 2 (dois) hospitais de referência (alto custo) em São Paulo e 2 (dois) no Rio de Janeiro.

Outra diferença que será apresentada é a junção dos lotes constantes no objeto da contratação anterior. Anteriormente o objeto foi dividido em dois lotes, o primeiro, que contemplava os ministros, juizes auxiliares, servidores e seus dependentes, e o segundo que contemplava os pensionistas. Entende-se que esta divisão não é necessária, uma vez que os editais atuais de contratação, apresentados neste procedimento sob os números SEI 2190852 e 2190854, não fazem a distinção entre os beneficiários.

Além do mais, a contratada deverá manter uma central de atendimento remoto exclusivo para os beneficiários do TSE, com atendentes identificados nominalmente e habilitados a prestar informações, esclarecimentos e autorizar a realização de exames, procedimentos e internações *on line*.

A central de atendimento remoto deverá contar com linhas de telefone e e-mail exclusivos para atendimentos dos beneficiários do TSE, funcionando nos dias úteis das 9h às 18h, independentemente da central de atendimento com funcionamento 24h que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a manter para todos os clientes.

Por fim, será incluído com condição para habilitação para participação do certame o Índice de Desempenho de Saúde Suplementar - IDSS, publicado anualmente pela ANS. Somente serão aceitas operadoras/segurados com índice maior ou igual a 0,8, conforme justificado no item 3.2.

4. Quantidades a serem Contratadas e Justificativas Fundamentadas:

O número de beneficiários (ministros, juizes auxiliares, servidores efetivos e inativos e seus dependentes e pensionistas) atendidos pela contratação de operadora de plano de saúde, atualmente, é de 2.340 vidas, distribuídas conforme a tabela abaixo. Estima-se que a nova contratação atenderá a um número próximo do atual.

Faixa Etária	Plano Padrão I	Plano Padrão II	Plano Padrão III	Plano Padrão IV	Plano Padrão V	Total
00 a 18 anos	114	309	159	10	4	597
19 a 23 anos	30	60	33	0	0	123
24 a 28 anos	7	9	3	0	0	19
29 a 33 anos	33	42	22	2	0	99
34 a 38 anos	48	94	61	5	2	210
39 a 43 anos	50	135	89	9	2	285
44 a 48 anos	43	113	48	5	0	209
49 a 53 anos	44	126	47	2	0	219
54 a 58 anos	35	79	39	3	0	156
Acima de 59 anos	110	223	72	17	2	423
TOTAL						2.340

5. Valor Estimado da Contratação:

O valor do contrato firmado com a atual operadora de plano de saúde para o período de 1.5.2022 a 1.5.2023 é de R\$ 28.486.599,12 (vinte e oito milhões, quatrocentos e oitenta e seis mil quinhentos e noventa e nove reais e doze centavos), contudo, estima-se um valor superior ao atual.

Apresentamos na tabela abaixo comparativo dos contratos do Tribunal Superior Eleitoral, Tribunal Regional Federal da 2ª Região, do Tribunal Regional do Trabalho da 1ª Região e Tribunal Regional Federal da 3ª Região.

ÓRGÃO PÚBLICO	ANO CONTRATO	DURAÇÃO CONTRATUAL	QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS	VALOR GLOBAL CONTRATO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL	CUSTO MÉDIO ANUAL/VIDA	CUSTO MÉDIO MENSAL/VIDA
TRT 1ª REGIÃO	7/2021	30 meses	6.314	R\$ 203.293.690,50	R\$ 6.776.456,35	R\$ 81.317.476,20	R\$ 12.878,91	R\$ 1.073,24
TRF 2ª REGIÃO	2018	30 meses	5.500	não há informação no contrato, 2190854	não há informação no contrato, 2190854	-	-	-
TRF 3ª REGIÃO	9/2021	30 meses	10.127	R\$ 319.749.210,00	R\$ 10.658.307,00	R\$ 127.899.684,00	R\$ 12.629,57	R\$ 1.052,46
TSE (CONTRATO ATUAL)	5/2018	12 meses	2.340	R\$ 28.486.599,12	R\$ 2.373.883,26	R\$ 28.486.599,12	R\$ 12.173,76	R\$ 1.014,48

Cabe esclarecer que os contratos anexados a este presente procedimento tem duração de 30 meses e apresentam o valor global do contrato para este período. A partir destes valores foi possível encontrar os valores anual e mensal de cada ajuste, e consequentemente o valores do custo médio anual/vida e mensal/vida.

Conforme apresentado acima, o contrato do TRF da 3ª Região é o mais recente dentre os apresentados. Sendo assim, será utilizado como base para realizar estimativa para a contratação em tela. Com a previsão de 2.340 vidas ao preço do custo médio/vida de R\$ 1.052,46, estima-se um custo mensal de R\$ 2.462.756,40, anual de R\$ 29.553.076,80 e para o período de 30 meses, R\$ 73.882.692,00.

6. Justificativas para Divisibilidade ou não da Solução:

Não se aplica.

7. Critérios e Práticas de Sustentabilidade:

Os critérios e práticas de sustentabilidade foram apresentados pela Unidade de Gestão Socioambiental no presente procedimento, SEI 2220055.

8. Restrições Internas de Caráter Técnico, Operacional, Regulamentar, Financeiro e Orçamentário:

A contratação é custeada pela ação orçamentária - "Assistência Médica e Odontológica - AMO".

9. Análise do Processo de Contratação e Execução Contratual Anterior no TSE :

O contratação vigente, Contrato TSE nº 27/2018, tramitou sob o número SEI 2017.00.000012146-9.

A Licitação TSE nº 86/2017 visava a contratação de operadora/seguradora de plano de saúde para prestação de assistência à saúde aos ministros, servidores e seus dependentes legais e aos pensionistas civis.

A empresa Amil Assistência Médica e Internacional apresentou impugnação ao Edital, 0631362, que foi prontamente respondida pela Comissão Permanente de Licitação, 0631672, onde modificações solicitadas pela empresa foram acolhidas e outras não.

A Licitação TSE nº 86/2017 restou deserta pelos motivos constantes no Relatório CPL/SAD nº 1/2018, 0631836.

A Assessoria Jurídica realizou análise, 0631970, e verificou a regularidade dos atos praticados.

Após, foi elaborado novo Termo de Referência com alterações visando o êxito de nova licitação. A principal alteração foi a divisão do objeto em dois lotes, o primeiro contemplava os ministros, juizes auxiliares, servidores e seus dependentes e o segundo contemplava os pensionistas.

À época, uma empresa apontou a impossibilidade de ofertar plano para os pensionistas, desta maneira o objeto foi dividido em dois lotes para prevenir outro resultado de licitação deserta e viabilizar a apresentação de proposta que contemplasse ao menos o beneficiários pertencentes ao lote 1. Após, os beneficiários pertencentes ao lote 2 foram incluídos por meio do 1º Termo Aditivo ao Contrato, 0720353.

A minuta de edital elaborada após as alterações foi encaminhada para a Assessoria Jurídica que, após análise, emitiu o Parecer nº 48/2022, não apresentando sugestões de alteração na redação do documento analisado.

Ressalta-se que nos Editais do Tribunal Regional Federal da 2ª Região, 2190854, e do Tribunal Regional do Trabalho da 1ª Região, 2190852, não há divisão do objeto em lotes. Desta maneira entende-se que a divisão não será necessária para a contratação vindoura.

Destaca-se, ainda, que tramita sob o número SEI 2019.00.000007571-9, instrução processual para apuração de aplicação de penalidade por atraso na entrega de garantia contratual por parte da empresa Amil Assistência Médica Internacional.

10. Observações:

RAQUEL RIBEIRO TELES
CHEFE DE SEÇÃO



Documento assinado eletronicamente em **09/11/2022, às 14:04**, horário oficial de Brasília, conforme art. 1º, §2º, III, b, da [Lei 11.419/2006](#).

NATÁLIA OLIVEIRA DIOGENES BESSA
TÉCNICO(A) JUDICIÁRIO(A)



Documento assinado eletronicamente em **09/11/2022, às 14:14**, horário oficial de Brasília, conforme art. 1º, §2º, III, b, da [Lei 11.419/2006](#).

EDUARDO CÂNDIDO DE SOUZA
COORDENADOR(A) DE PESSOAL - SUBSTITUTO(A)



Documento assinado eletronicamente em **09/11/2022, às 14:33**, horário oficial de Brasília, conforme art. 1º, §2º, III, b, da [Lei 11.419/2006](#).

ZÉLIA OLIVEIRA DE MIRANDA
COORDENADOR(A) DE PESSOAL



Documento assinado eletronicamente em **21/11/2022, às 17:01**, horário oficial de Brasília, conforme art. 1º, §2º, III, b, da [Lei 11.419/2006](#).



A autenticidade do documento pode ser conferida em https://sei.tse.jus.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&cv=2270102&crc=313A17C7, informando, caso não preenchido, o código verificador **2270102** e o código CRC **313A17C7**.