

# Proposta Comercial

**SENASP/MSP**  
**Força Nacional de Segurança Pública**  
**Ministério da Justiça e Segurança Pública**

ANS Nº 41.745-9

REF.: PREGÃO ELETRÔNICO Nº 010/2023

Processo Administrativo Nº 08106.001516/2022-19

allcare





**AO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA**  
**Esplanada dos Ministérios, Bloco "T", sala 508, Sede**  
**Brasília/DF - CEP 70064-900.**

**PROPOSTA DE PREÇOS**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 08106.001516/2022-19**  
**PREGÃO ELETRÔNICO Nº 010/2023**  
**TIPO MENOR PREÇO**

A ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA., inscrita no CNPJ/MF sob o nº 11.165.556/0001-54, vem respeitosamente à presença de V. Sa. apresentar proposta de estimativa para atendimento ao Termo de Referência vinculado ao Processo nº 08106.001516/2022-19, com a finalidade de para prestação de serviços descritos na tabela abaixo, de acordo com todas as especificações e condições do Termo de Referência, conforme especificações técnicas fundamentada na Lei n. 9.656, de 1998; nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) n. 557, 515, 563, 461 e suas atualizações.

ITEM	Descrição do Serviço	Faixa Etária	Quantitativo do efetivo estimado p/contratação	Valor unitário (R\$)	Valor Total Mensal (R\$)	Valor Total Anual (R\$)
	Contratação de empresa para atuar como Administradora de Benefícios, Seguradora de Plano de Saúde ou Operadora de Plano de Saúde, com a finalidade de disponibilizar Plano de Assistência Médica, com abrangência mínima nas Capitais e nos Municípios a partir de 200.000 (duzentos mil) habitantes, na modalidade coletivo empresarial, padrão enfermagem, sem coparticipação, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, objetivando prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar (sem obstetrícia), respeitadas as normas que regulamentam este objeto, e em especial a Lei nº 9.656/1998 e suas alterações, a fim de atender os servidores mobilizados para atuarem na Força Nacional de Segurança Pública/SENASP/MSP conforme Lei nº 11.473/2007, especificados e quantificados no Termo de Referência e seus anexos.	01 - Faixa Etária de 19 a 23	20	R\$ 357,91	R\$ 7.158,20	R\$ 85.898,40
		02 - Faixa Etária de 24 a 28	100	R\$ 396,68	R\$ 39.668,00	R\$ 476.016,00
		03 - Faixa Etária de 29 a 33	100	R\$ 448,89	R\$ 44.889,00	R\$ 538.668,00
		04 - Faixa Etária de 34 a 38	300	R\$ 534,65	R\$ 160.395,00	R\$ 1.924.740,00
		05 - Faixa Etária de 39 a 43	300	R\$ 583,26	R\$ 174.978,00	R\$ 2.099.736,00
		06 - Faixa Etária de 44 a 48	400	R\$ 671,97	R\$ 268.788,00	R\$ 3.225.456,00
		07 - Faixa Etária de 49 a 53	700	R\$ 857,97	R\$ 600.579,00	R\$ 7.206.948,00
		08 - Faixa Etária de 54 a 58	330	R\$ 974,96	R\$ 321.736,80	R\$ 3.860.841,60
		09 - Faixa Etária de 59 ou +	50	R\$ 1.423,58	R\$ 71.179,00	R\$ 854.148,00
		<b>TOTAL</b>		<b>2.300</b>	<b>-</b>	<b>R\$ 1.689.371,00</b>



- 1. Valor total anual:** R\$ 20.272.452,00 (vinte milhões, duzentos e setenta e dois mil, quatrocentos cinquenta e dois reais).
- 2.** Esta proposta é válida por no mínimo por 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua apresentação.
- 3. Prazo de entrega:** Após a solicitação da contratante, a Administradora junto ao Operadora cadastrada responsável pelo Plano Assistencial de Saúde iniciará em até 05 (cinco) dias úteis a cobertura assistencial aos mobilizados.
- 4. Especificações:** Contratação de empresa para atuar como Administradora de Benefícios, Seguradora de Plano de Saúde ou Operadora de Plano de Saúde, com a finalidade de disponibilizar Plano de Assistência Médica, com abrangência mínima nas Capitais e nos Municípios a partir de 200.000 (duzentos mil) habitantes, na modalidade coletivo empresarial, padrão enfermaria, sem coparticipação, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, objetivando prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar (sem obstetrícia), respeitadas as normas que regulamentam este objeto, e em especial a Lei nº 9.656/1998 e suas alterações, a fim de atender os servidores mobilizados para atuarem na Força Nacional de Segurança Pública/SENASP/MSP conforme Lei nº 11.473/2007, especificados e quantificados no Termo de Referência e seus anexos;
- 5. Forma de pagamento:** fatura mensal;
- 6. Garantia:** conforme Edital;

#### DADOS DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

- a) Razão Social:** ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA;
- b) CNPJ (MF) nº:** 11.165.556/0001-54;
- c) Representantes legais com poderes para assinar o contrato:**
  - **Farias Pereira de Sousa**  
Cargo: Diretor Presidente;  
CPF: 634.673.801-15      RG:1.428.385 SSP/DF;  
E-mail: [farias@allcare.com.br](mailto:farias@allcare.com.br)
  - **Ivan Nassif Souza**  
Cargo: Diretor Financeiro  
CPF: 354.925.058-40 e RG: 35.325.515 SSP/SP  
e-mail: [ivan.souza@allcare.com.br](mailto:ivan.souza@allcare.com.br)



**d) Inscrição Distrital nº:** 07.527.655/001-56;

**e) Endereço:** SCS, Quadra 03, Bloco A, nº 107/111, Asa Sul;

**f) Fone:** (61) 9 9528-3704 e **E-mail:** [renata.danesi@allcare.com.br](mailto:renata.danesi@allcare.com.br);

**g) CEP:** 70.303-907;

**h) Cidade:** Brasília Estado: Distrito Federal;

**i) Dados Bancários:**

Banco do Brasil - 001; Agência: 3599; Conta Corrente: 118527-6;

**j) Contatos:**

Renata Adriana Costa Danesi

Cargo: Gerente Executivo de Licitações

Telefone: (61) 9 9528-3704 e E-mail: [renata.danesi@allcare.com.br](mailto:renata.danesi@allcare.com.br)

Charles Lindberg Dantas

Cargo: Diretor Ressarcimento

Telefone: (61) 9 8141 1616 e E-mail: [charles.lindberg@allcare.com.br](mailto:charles.lindberg@allcare.com.br)

#### DADOS DA OPERADORA APRESENTADA PELA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

##### UNIMED NACIONAL – COOPERATIVA CENTRAL

**UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL**, CNPJ/MF sob nº: 02.812.468/0001-06, sediada na Rua Frei Caneca, nº 1355, Bairro Consolação, São Paulo/SP, CEP: 01.307-003, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o Nº 33.967-9.

CARACTERÍSTICA	DESCRIÇÃO
Nome do Produto	UNIPLAN MÚLTIPLO ENFERMARIA LIVRE ESCOLHA SEM OBSTETRÍCIA
Código ANS do Produto	477.793/17-0
Tipo de contratação	Coletivo empresarial
Acomodação	Enfermaria
Segmentação assistencial	Assistência Médica, Ambulatorial e Hospitalar <b>SEM obstetrícia</b>
Área geográfica de abrangência	Nacional
Coparticipação	Sem coparticipação



## CONDIÇÕES GERAIS

- 1) Declaramos, para fins que se fizerem necessários que temos pleno conhecimento de todos os aspectos relativos à licitação em causa e concordamos, sem restrição, com as condições constantes do Edital e seus anexos.
- 2) Informamos, por oportuno, que nos preços apresentados acima já estão computados todos os custos necessários decorrentes da prestação dos serviços objeto desta licitação, bem como já incluídos todos os impostos, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais, taxas, fretes, seguros, deslocamentos de pessoal e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente.

Brasília/DF, 13 de dezembro de 2023.

DocuSigned by:  
Farias Pereira de Sousa  
Assinado por: FARIAS PEREIRA DE SOUSA:63467380115  
CPF: 63467380115  
Hora de assinatura: 13/12/2023 | 12:04 BRT  
ICP  
Brasil

DocuSigned by:  
Renata Adriana Costa Danesi  
Assinado por: RENATA ADRIANA COSTA DANESI:28812498841  
CPF: 28812498841  
Data/Hora da Assinatura: 13/12/2023 | 11:15 BRT  
ICP  
Brasil

**ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.**  
**CNPJ 11.165.556/0001-54**

Nome: Farias Pereira de Sousa  
Cargo: Diretor Presidente  
CPF: 634.673.801-15  
RG: 1.428.385 SSP/DF

Nome: Renata Adriana Costa Danesi  
Cargo: Gerente Executivo de Licitações  
CPF: 288.124.988-41  
RG:3.034.744 SSP/DF

**Certificado de Conclusão**

Identificação de envelope: D6046BE75B9240A79C10B0D6D74053E2

Status: Concluído

Assunto: Proposta Força Nacional - Adequada a negociação final

Departamento: Licitações

CNPJ ou CPF: 11.165.556/0001-54

Razão Social ou Nome: Allcare Administradora de Benefícios em Saúde LTDA.

Envelope fonte:

Documentar páginas: 4

Assinaturas: 2

Remetente do envelope:

Certificar páginas: 6

Rubrica: 0

Polyene Tomaz Dutra

Assinatura guiada: Ativado

Alameda Santos, 1357, 7º andar, Jardim Paulista

Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado

Sao Paulo, SP 01419-908

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

polyene.dutra@allcare.com.br

Endereço IP: 200.233.136.153

**Rastreamento de registros**

Status: Original

Portador: Polyene Tomaz Dutra

Local: DocuSign

13/12/2023 | 11:05

polyene.dutra@allcare.com.br

**Eventos do signatário****Assinatura****Registro de hora e data**

Farias Pereira de Sousa

*Farias Pereira de Sousa*

Enviado: 13/12/2023 | 11:11

farias@allcare.com.br

Reenviado: 13/12/2023 | 11:37

CEO - Presidente

Visualizado: 13/12/2023 | 12:01

ALLCARE

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Assinado: 13/12/2023 | 12:04

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Usando endereço IP: 177.92.80.106

**Detalhes do provedor de assinatura:**

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: Autoridade Certificadora SERPRORFBv5

**Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:**

Não oferecido através do DocuSign

Renata Adriana Costa Danesi

*Renata Adriana Costa Danesi*

Enviado: 13/12/2023 | 11:11

renata.danesi@allcare.com.br

Visualizado: 13/12/2023 | 11:12

CONTRATOS

Assinado: 13/12/2023 | 11:15

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 177.190.211.170

**Detalhes do provedor de assinatura:**

Tipo de assinatura: ICP Smart Card

Emissor da assinatura: AC ONLINE RFB v5

**Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:**

Não oferecido através do DocuSign

**Eventos do signatário presencial****Assinatura****Registro de hora e data****Eventos de entrega do editor****Status****Registro de hora e data****Evento de entrega do agente****Status****Registro de hora e data****Eventos de entrega intermediários****Status****Registro de hora e data****Eventos de entrega certificados****Status****Registro de hora e data****Eventos de cópia****Status****Registro de hora e data**

Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
<p>Carina Pereira Maganin Moreira carina.maganin@allcare.com.br Gerente Jurídica 179451 OAB/RJ Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p><b>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:</b> Não oferecido através do DocuSign</p>	<b>Copiado</b>	Enviado: 13/12/2023   11:37
<p>Charles Lindberg charles.lindberg@allcare.com.br Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p><b>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:</b> Aceito: 28/1/2019   10:25 ID: cfa7567e-f02f-4cd8-8e53-454120615409</p>	<b>Copiado</b>	Enviado: 13/12/2023   11:11
<p>Nayanne Gonçalves Novais nayanne.novais@allcare.com.br AllCare Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)</p> <p><b>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:</b> Não oferecido através do DocuSign</p>	<b>Copiado</b>	Enviado: 13/12/2023   11:11
Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	13/12/2023   11:11
Envelope atualizado	Segurança verificada	13/12/2023   11:37
Entrega certificada	Segurança verificada	13/12/2023   11:12
Assinatura concluída	Segurança verificada	13/12/2023   11:15
Concluído	Segurança verificada	13/12/2023   12:04
Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico		

## **CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA**

### **Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura**

Periodicamente, a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão “Eu concordo” na parte inferior deste documento.

### **Obtenção de cópias impressas**

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

### **Revogação de seu consentimento**

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

### **Consequências da revogação de consentimento**

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário “Revogação de Consentimento” da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para



receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

### **Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente**

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

### **Como contatar a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:**

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

To contact us by email send messages to: [carina.maganin@allcare.com.br](mailto:carina.maganin@allcare.com.br)

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para: ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA

### **Para informar seu novo endereço de e-mail a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:**

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço [carina.maganin@allcare.com.br](mailto:carina.maganin@allcare.com.br) e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail. We do not require any other information from you to change your email address.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

### **Para solicitar cópias impressas a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:**

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

**Para revogar o seu consentimento perante a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA:**

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:

(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para carina.maganin@allcare.com.br e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas. We do not need any other information from you to withdraw consent. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process.

**Hardware e software necessários\*\*:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

\*\* Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

**Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:**

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique

se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA durante o curso do meu relacionamento com você.