

Informativo - CODEPLAN/PRESI/CPL

PROCESSO LICITATÓRIO: SEI - GDF – 00121-00001182/2021-20

REFERÊNCIA: [Pregão Eletrônico nº 01/2022](#)

OBJETO: Contratação de empresa especializada, operadora de planos de saúde, para a prestação de serviços de assistência suplementar à saúde, EM REDE REGIONAL, no âmbito de Brasília-DF e atendimento nacional por meio de rede credenciada própria, conveniada ou terceirizada ou, reembolso na forma prescrita pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, na modalidade de Plano Coletivo Empresarial, para os empregados da Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN, seus dependentes, grupo familiar e pedvistas, de acordo com as especificações e quantidades estabelecidas no Termo de Referência (anexo I), e, conforme condições estabelecidas do Edital e seus anexos I a V.

DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS E SUAS RESPOSTAS

Em atenção ao pedido de esclarecimento formulado pela a Empresa, **UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A.**, inscrita no CNPJ sob nº 04.487.255/0001-81 (Doc. SEI nº [81460020](#)), subsidiada pelas respostas da Área Técnica responsável pela elaboração do Termo de Referência (Doc. SEI nº [81565181](#)), seguem as respostas:

PERGUNTA 01: Com relação a elaboração da proposta, o julgamento das propostas se dará pelo Valor total para 12 (doze) meses, considerando os 530 colaboradores?

Resposta 01: Sim e conforme **Anexo Único** do Termo de Referência – PLANILHA PARA FORMAÇÃO DE PREÇOS.

PERGUNTA 02: 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.

Resposta 02: A proposta e documentos deverão ser anexados, conforme item 6.1., do Edital de licitação.

PERGUNTA 03: 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.

R.: O pagamento será realizado por meio de Ordem Bancária e creditada conta corrente informada pelo contratado.

PERGUNTA 04: Para fins de elaboração da proposta, por favor informar:

01) 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.

Resposta: Sim e mais Netos com estimativa constante do item 4.1 contempla a solicitação de informações

02) 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.

Resposta: Ver relatório constante no Doc. 81027758

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

Resposta: Se foi perguntado se os titulares são Celetistas e empregados da CODEPLAN, sim.

04) Existem gestantes? Quantas?

Resposta: Não

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

Resposta: O INSS não informa o CID quando da aposentadoria.

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

Resposta: Não

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

Resposta: Sim, conforme relatório Doc. [81030526](#)

08) 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;

Resposta: Sim, conforme relatório Doc. [81030526](#)

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

Detalhamento das idades acima de 59 anos.

Resposta: SLAM. Será realizado nos locais disponibilizados pela Contratada em conformidade com edital.

10. No presente Edital é solicitado o envio do menor preço global objetivando a contratação de prestação de serviços pela Seguradora. Por favor ratificar nosso entendimento de que este valor se refere ao faturamento obtido considerando todas as 1.584 vidas no módulo básico enfermaria.

Resposta: Não. Será conforme o Item 4.1., do Termo de Referência, com demanda estimada.

11. Ratificar nosso entendimento que não consideraremos os módulos superiores para cálculo e informação do menor preço global, mas somente o módulo Básico enfermaria.

Resposta: Sim ratificamos.

12) Favor ratificar o nosso entendimento de que o grupo segurável possui elegibilidade para ingresso no plano de saúde, conforme Resolução Normativa da ANS 195, de 14 de Julho 2009, cujo vínculo é com o a FUNDAÇÃO PADRE ANCHIETA CENTRO PAULISTA RADIO E TV EDUCATIVAS - CULTURA.

Resposta: Não existe vínculo com a FUNDAÇÃO PADRE ANCHIETA CENTRO PAULISTA RADIO E TV EDUCATIVAS - CULTURA.

13) Ratificar nosso entendimento de que todos os agregados do contrato estão de acordo com as regras da ANS.

Resposta: Sim.

14) Qual o grau de parentesco dos agregados citados?

Resposta: Pai, Mãe, Neto, filhos acima de 21 anos sem cursar faculdade e de 24 a 39 anos, todos com custo integral ao empregado titular.

15) Ratificar nosso entendimento de que todos os inativos presentes no contrato estão de acordo com todas as regras da RN 279.

Resposta: Sim

16) Favor nos encaminhar relatório médico dos casos crônicos.

Resposta: Será disponibilizado, individualmente, a empresa solicitante pela Pregoeira.

PERGUNTA 05: Favor informar qual será a forma de custeio do plano ou seguro privado de assistência à saúde. Cumpre 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?

Resposta: A empresa contribui no custeio do plano com 5% do valor bruto da folha de pagamento.

PERGUNTA 06: Por favor ratificar nosso entendimento de que as exclusões dos beneficiários por exoneração ou demissão, bem como por aposentadoria, serão realizadas de acordo com as regras da Resolução Normativa nº 279, de 24 de novembro de 2011?

Resposta: Sim ratificamos

PERGUNTA 07: Qual é o valor per capita do plano ofertado pela atual prestadora?

Resposta: Depende da faixa etária e referência salarial do empregado

PERGUNTA 08: Qual é o valor e o número de beneficiários da última fatura quitada?

Resposta: Foram 484 Beneficiários no valor de R\$ 764.783,14 (setecentos e sessenta e quatro mil, setecentos e oitenta e três reais e quatorze centavos.

PERGUNTA 09: 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.

Resposta: Sim, ratificamos.

PERGUNTA 10: Por favor ratificar o entendimento que as regras de isenção de carência serão mantidas desde que no momento da implantação do contrato tenha 30 ou mais vidas e que esse quantitativo seja mantido, pois do contrário, conforme regulamentação vigente do artigo 6º e 7 da RN 195/2009, é permitida aplicação de carência e CPT. Estão cientes e de acordo?

Resposta: Sim.

PERGUNTA 11: Favor informar a data prevista para início de vigência/implantação.

Resposta: A partir da homologação da Licitação.

PERGUNTA 12: Por favor informar se as condições do produto abaixo transcritas, serão aceitas pela CODEPLAN:

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;

Resposta: Desde que esteja de acordo com a RN nº 465 da ANS

b. A continuidade do tratamento será por período determinado e embora possa ser prolongado, terá condição de futura alta;

Resposta: Desde que esteja de acordo com a RN nº 465 da ANS

c. O paciente resida em uma área com infra-estrutura adequada para conduzir os cuidados e tratamentos conforme prescrição médica;

Resposta: Desde que esteja de acordo com a RN nº 465 da ANS

d. Possua solicitação do Médico Assistente, responsável pelo paciente, constando claramente o pedido de Assistência Domiciliar, bem como, dos cuidados técnicos necessários;

Resposta: Desde que esteja de acordo com a RN nº 465 da ANS

e. Que o paciente tenha um cuidador ou acompanhante responsável durante a prestação do serviço;

Resposta: Sim.

f. Que seja permitido livre acesso de profissional especialmente designado pela SEGURADORA para visita e avaliação dos serviços prestados.

Resposta: Sim.

Item 3.3 do termo de referência: 3.3. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE – são os designados pelo titular na condição de dependente.

a. o cônjuge;

b. o (a) companheiro (a) conjugal com convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com objetivo de constituição de família (art.1.723 da Lei nº 10.406, de 10/01/2002), mediante Escritura Pública de Ação Declaratória de União Estável emitida por Cartório;

c. o companheiro ou a companheira na união homo afetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;

PERGUNTA 13: Cumpre esclarecer que dentre as alíneas destacadas, a Contratada incluirá somente um dependente designado a esta condição, sendo o cônjuge, ou companheiro(a) por União estável ou companheiro(a) na união homo afetiva por União estável. Estão cientes e de acordo? Caso negativo, favor explicar detalhadamente

Resposta: Sim, somente 01 (um) dependente designado nestas condições.

Item 10 do termo de referência: 10.1. Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, nos termos da Resolução Normativa nº 259/2011-ANS e alterações posteriores.

10.2. Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

a) na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a CONTRATADA desse ônus;

b) a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

c) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela originalmente estabelecida, a CONTRATADA estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

PERGUNTA 14: O Órgão está ciente e de acordo que, caso o beneficiário esteja cumprindo carências para internação, a regra prevista na Cláusula 10ª será aplicável?

Resposta: Sim.

Item 12.1 do termo de referência: Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados, em conformidade com previsto no inciso I e no §1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, Nota Técnica elaborada pela Assessoria Normativa da Diretoria de Fiscalização – DIFIS e com fundamento na Instrução Normativa – IN nº 12 da DIFIS, de 25 de janeiro de 2016, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, sempre que:

PERGUNTA 15: O Órgão está ciente e de acordo de que a Contratada garantirá as situações de inexistência de prestador e indisponibilidade de prestador nos termos da RN 259/11 e que o reembolso ocorrerá na situação prevista na referida norma? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

Resposta: Sim.

Item 14.2.1 do termo de referência: No caso de ocorrência de não pagamento por parte do beneficiário, pelo período superior a 60 (sessenta) dias, o mesmo será automaticamente excluído do Programa de Assistência à Saúde.

PERGUNTA 16: Favor ratificar o entendimento de que a as normas de cancelamento se dará conforma as Condições Gerais da Contratada.

Resposta: Sim.

Item 18.1.3 do termo de referência: Assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré- existentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações, dentro dos limites emolpes previstos na Lei nº 9656/98, com alterações posteriores e Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

PERGUNTA 17: O Órgão está ciente e de acordo que a Contratada observará a regra prevista para isenção de cobertura parcial temporária (CPT) nas situações descritas no artigo 7º da RN 195/09 e que poderá aplicar CPT fora dessas situações, nos termos da RN 162/07?

Resposta: Sim.

Item 18.1.24 do termo de referência: Aceitar a retenção de valores referentes ao pagamento de faturas até o montante correspondente ao reembolso de danos causados à CONTRATANTE.

PERGUNTA 18: O Órgão está ciente e de acordo que os dados mencionados no item supracitado são aqueles devidamente comprovados após apuração de responsabilidades e garantida a defesa prévia?

Resposta: Sim.

Item 18.1.4 do termo de referência: Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência da prestação de serviços;

PERGUNTA 19: Favor informar se há em andamento tratamentos advindos de liminar judicial ou NIP, Caso positivo destacar os tratamentos e os números dos processos judiciais.

Resposta: Não.

Item 13.3.1 do termo de referência: A inclusão dos beneficiários do grupo familiar ficará sujeita à inclusão do empregado e somente poderá ser efetuada na mesma datada opção pelo plano.

PERGUNTA 20: Favor ratificar o entendimento que nos casos de novos dependentes, como casamento, União Estável e nascimento serão permitidas as inclusões dos beneficiários como dependente.

Resposta: Sim, ratificamos.

Item 24.1 do termo de referência: A partir da apresentação da Nota Fiscal pela CONTRATADA, o gestor do contrato terá o prazo de até 05 (cinco) dias úteis para efetuar o atesto da fatura, referente aos serviços prestados no mês de cobertura, e para encaminhá-la à Gerência de Administração Financeira – GEAFI da CONTRATANTE.

PERGUNTA 21: 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?

Resposta: Preliminarmente terá que ser fornecido a Nota Fiscal, sendo a presente empresa vencedora do certame, deverá formalizar o pedido de substituição do documento fiscal à CODEPLAN, que será analisada em conformidade com a legislação.

Item 3.4 do termo de referência: GRUPO FAMILIAR - composto de pai, mãe, filhos maiores até 39 anos e netos até 30 anos, do beneficiário titular, com amparo no artigo 5º da Resolução Normativa nº 195/09 ANS. Terá direito ao benefício desde que o titular arque integralmente com a mensalidade do plano de assistência médico hospitalar.

PERGUNTA 22: Cumpre esclarecer que o grupo familiar supracitado é classificado como agregados e serão inclusos no plano com tal menção. Estão cientes e de acordo?

Resposta: Sim e de Acordo.

Item 3.7 do termo de referência: ABRANGÊNCIA DA REDE – Rede credenciada no âmbito do Distrito Federal, na forma disciplinada por este Termo de Referência, com abrangência regional, com atendimento nacional de urgência e emergência e, eletivos por meio de reembolso pela tabela praticada pela empresa e na forma prescrita pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, caso não tenha rede local.

PERGUNTA 23: Com intuito de ampliar a competitividade e isonômico do processo em epígrafe e considerando que a apresentação de plano nacional não irá interferir no bom andamento do processo, favor ratificar o entendimento de que a licitante poderá apresentar plano registrado a nível nacional no qual possui abrangência no Distrito Federal.

Resposta: Não poderá apresentar plano em desconformidade com Edital.

Item 12 do termo de referência: 12.1. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados, em conformidade com previsto no inciso I e no §1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, Nota Técnica elaborada pela Assessoria Normativa da Diretoria de Fiscalização – DIFIS e com fundamento na Instrução Normativa – IN nº 12 da DIFIS, de 25 de janeiro de 2016, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, sempre que:

- a) o serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência do Plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;
- b) se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;
- c) o requerimento do reembolso será efetuado de acordo com os valores pagos pelo beneficiário, por solicitação junto à Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas-GEDES, pelo beneficiário titular, vigente à data da ocorrência médica, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, contados da apresentação dos documentos em via original.
- d) ocorrerem situações que impeçam o atendimento pela rede credenciada da CONTRATADA, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pela CONTRATADA, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento.

PERGUNTA 24: Por gentileza ratificar o entendimento de que as licitantes poderão apresentar planos com reembolso livre escolha, ou seja, quando o beneficiário escolhe o recurso/médico que gostaria de utilizar, mesmo que haja recurso similar disponível na rede credenciada da operadora/seguradora. Caso negativo, explicar detalhadamente.

Resposta: Sim.

PERGUNTA 25: Considerando que no instrumento convocatório não versa sobre cobrança de juros e multa em caso de atraso, por gentileza ratificar o entendimento de que a contratada poderá considerar 2% de multa e 1% de juros ao mês no instrumento contratual.

Resposta: A CODEPLAN se compromete com o pagamento das Notas Fiscais emitidas em favor da empresa e atestadas pelo Gestor especialmente designado para acompanhar o Contrato, observando o prazo para pagamento previsto na Cláusula Sétima da Minuta do Contrato, item 7.2.

Item 12 alínea “c” do termo de referência: c) o requerimento do reembolso será efetuado de acordo com os valores pagos pelo beneficiário, por solicitação junto à Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas-GEPES, pelo beneficiário titular, vigente à data da ocorrência médica, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, contados da apresentação dos documentos em via original.

PERGUNTA 26: Favor ratificar o entendimento de que o reembolso poderá ser calculado com base na tabela própria de honorários médicos e serviços hospitalares da Contratada.

Resposta: Sim

Item 18.1.14 do termo de referência: Fornecer os relatórios e informações necessários ao acompanhamento dos serviços utilizados pelos beneficiários, inclusive os relatórios de sinistralidade, trimestralmente.

PERGUNTA 27: Cumpre esclarecer que os relatórios serão disponibilizados ao Órgão, através de sistema logado com senha, no qual a Contratante poderá extrair tais informações. Estão cientes e de acordo? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

Resposta: Sim desde que o sistema contemple o Termo de Referência.

Item 18.1.16 do termo de referência: Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, a carteira de identificação personalizada, que será usada, exclusivamente, quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano de Saúde, aderido pelo beneficiário;

PERGUNTA 28: Por questões de Política Ambiental e de Sustentabilidade, o Guia/Manual de Rede Referenciada está disponível no site desta Seguradora para consulta, além ainda, da disponibilização de atendimento telefônico 0800 e aplicativo eletrônico para acesso via celular. Considerando as questões que envolvem a sustentabilidade ambiental e o volume de rede credenciada, este órgão licitante poderá esclarecer se cumprimos os itens supracitados através do nosso site e/ou app, onde constará a rede atualizada. Estão cientes e de acordo?

Resposta: A carteirinha de Identificação deverá ser entregue a carteira física. As demais informações e consultas podem ser de forma eletrônica e telefônica.

Item 18.1.16 do termo de referência: Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, a carteira de identificação personalizada, que será usada, exclusivamente, quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano de Saúde, aderido pelo beneficiário;

PERGUNTA 29: Favor ratificar o entendimento de que o cartão personalizado será com o timbre da Contratada e com as devidas informações, conforme condições gerais da Contratada.

Resposta: Sim, ratificamos, desde que atenda os requisitos da ANS.

Item 2 do termo de referência: A contratação deve observar as coberturas mínimas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde Divulgados pela ANS, que nessa data encontra-se disciplinado na c, a qual atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde.

PERGUNTA 30: Favor ratificar o entendimento de o item supracitado está subordinada as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN 465/2021 e das Diretrizes de Utilização (DUT) aplicáveis anexo II e suas atualizações.

Resposta: Sim e de acordo com a legislação vigente.

Item 7.1 do termo de referência: A CONTRATADA cobrirá os custos relativos à diagnósticos, aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, que deverão abranger todas as especialidades previstas no Rol de Procedimentos conforme Resolução Normativa Nº 465 de 24 de fevereiro de 2021 e demais legislações em vigor:

PERGUNTA 31: Favor ratificar o entendimento de o item supracitado está subordinada as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN 465/2021, bem como as especialidades conforme o (Conselho federal de medicina).

Resposta: Sim

Item 7.2 do termo de referência: Coberturas Hospitalares

PERGUNTA 32: Favor ratificar o entendimento de o item supracitado está subordinada as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN 465/2021 e das Diretrizes de Utilização (DUT) aplicáveis anexo II e suas atualizações.

Resposta: As Coberturas Hospitalares deverão obedecer às regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, especialmente, as contidas no Item 7.2 e nas Alíneas: “a” a “i” do Termo de Referência.

Item 7.2, alínea “h” e 10 do termo de referência: remoção do paciente, por via terrestre, para outro estabelecimento hospitalar, comprovadamente necessária, atestada por relatório médico dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;

10. DA REMOÇÃO

PERGUNTA 33: Favor ratificar o entendimento de o item supracitado está subordinada as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN 347/2014 e 259/2011.

Resposta: Sim, ratificamos.

Item 7.4 do termo de referência: Coberturas ambulatoriais e de serviços complementares de diagnóstico e de tratamento de todas as especialidades previstas no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, inclusive:

PERGUNTA 34: Favor ratificar o entendimento de o item supracitado está subordinada as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN 465/2021 que deverão abranger todas as especialidades previstas conforme CFM (Conselho federal de medicina).

Resposta: Sim, ratificamos.

Item 18.1.2 do termo de referência: Oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;

PERGUNTA 35: Favor ratificar o entendimento de que a Cobertura dos exames será nos termos do Rol da ANS e das Diretrizes de Utilização (DUT) aplicáveis anexo II e suas atualizações.

Resposta: Sim, ratificamos.

Item 18.1.4. do termo de referência: Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência da prestação de serviços;

PERGUNTA 36: Cumpre esclarecer que a continuidade dos tratamentos já iniciados serão reavaliados, no sentido de confirmar se os mesmos estão nos termos do rol e das diretrizes de utilização. Estão cientes e de acordo?

Resposta: Sim.

Item 18.2.6 do termo de referência: Comunicar, com antecedência mínima de 30 dias, alteração de condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda, quando atingirem idade limite de 21 anos ou 24 para estudantes universitários

PERGUNTA 37: Favor informar todos os filhos até 21 anos e ao completarem esta idade, serão migrados automaticamente para a condição de filho maiores, até 24 anos.

Resposta: Depende da opção do Empregado.

PERGUNTA 38: Favor ratificar o entendimento de que a Operadora de saúde analisará a solicitação de atenção domiciliar do médico assistente por meio de avaliação in loco do prestador contratado na nossa rede e fará autorização do plano de atendimento domiciliar mediante pertinência técnica e instrumentos de avaliação validados na literatura médica e conforme RDC 11.

Resposta: Sim.

PERGUNTA 39: Favor ratificar o entendimento de que a contratação será 100% do quadro de colaboradores registrados na COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL - CODEPLAN, onde todos comprovam vínculo empregatício somente com o CNPJ 00.046.060/0001-45 de acordo com o Artigo 5º da RN 195. Caso negativo, explicar detalhadamente.

Resposta: A adesão será por opção individual de cada empregado.

PERGUNTA 40: Favor ratificar o entendimento de que os pedvistas são colaboradores registrados na COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL - CODEPLAN, através de vínculo empregatício somente com o CNPJ 00.046.060/0001-45.

Resposta: Sim ratificamos

PERGUNTA 41: Ratificar nosso entendimento que não consideraremos módulos superiores para cálculo e informação do menor preço global, mas somente o módulo Básico Enfermaria.

Resposta: Sim, ratificamos.

PERGUNTA 42: Favor Ratificar nosso entendimento de que todos os dependentes/agregados do contrato estão de acordo com as regras da ANS.

Resposta: Sim, ratificamos.

PERGUNTA 43: Favor ratificar nosso entendimento de que todos os inativos presentes no contrato, inclusive os pedevistas, estão de acordo com todas as regras da RN 279/2011.

Resposta.: Sim.

PERGUNTA 44: Ratificar nosso entendimento de que a adesão dos funcionários ao plano de saúde será facultativa, ou seja, é opcional a contratação de um dos planos pelo funcionário. No caso de adesão facultativa para todos os planos, temos uma quantidade mínima de vidas que irá aderir ao seguro saúde que possamos considerar no plano básico enfermária?

Resposta: A previsão está contemplada no item 4.1 do Termo de Referência (Anexo I do Edital).

Item 13.7 do termo de referência: 13.7. Os demais beneficiários do beneficiário titular falecido durante a vigência do contrato, poderão permanecer no Programa de Assistência à Saúde, enquanto perdurar o Contrato, desde que façam a opção por permanecer na titularidade do plano, junto à Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas-GEDES/DIRAF, e terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a opção, de acordo com a Resolução Normativa nº 279/2011-ANS.

PERGUNTA 45: Ratificar nosso entendimento de que os remidos (dependentes do beneficiário Titular após sua morte/falecimento) irão permanecer no plano por tempo indeterminado se assim quiserem/optarem e passarão a ser titulares após a morte do titular.

Caso positivo, gentileza informar se a Contratada poderá delimitar um período de permanência para estes remidos/dependentes de titulares falecidos? Podemos mantê-los como dependentes?

Resposta: Nos Termos da Lei nº 9656/1998, art. 30 - §1º.

PERGUNTA 46: Favor ratificar nosso entendimento de que enviaremos o preço percapita somente por faixa etária, tanto para ativos quanto para inativos, bem como no número de beneficiários constante na proposta.

Resposta: Sim, ratificamos.

PERGUNTA 47: 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)?

Resposta: A forma de aplicação de reajuste está prevista no edital e TR.

PERGUNTA 48: Cumpre 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 75% (setenta por cinco), 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:

Sinistro

Índice de Sinistralidade =

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:

IS

Reajuste de Sinistralidade

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.

Gentileza ratificar se podemos entender que aplicaremos ambos os reajustes, por Sinistralidade/técnico, se o resultado estiver acima de 75%, e mais o Financeiro, independente do resultado, no aniversário do contrato (a cada 12 meses), considerando as fórmulas de cálculo e especificações acima descritas?

Resposta: Será calculado em conformidade com o Item 22.3 do TR.

Item 6.2. do termo de referência: Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela CONTRATADA, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

PERGUNTA 48: Favor ratificar nosso entendimento que não consideraremos módulos superiores para cálculo e informação do menor preço global, mas somente o módulo Básico Enfermaria.

Resposta: Sim, ratificamos.

Item 14.4. do termo de referência: A Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas-GEPES/DIRAF comunicará à CONTRATADA qualquer ato ou fato em que deva ocorrer a suspensão do Programa de Assistência à Saúde, competindo a esta o recolhimento de sua carteira de identificação, de seus dependentes e beneficiários do grupo familiar, se houver.

PERGUNTA 49: Entendemos ser de responsabilidade da contratante o recolhimento da carteira do plano saúde de seus funcionários desligados. O Órgão está ciente e de acordo?

Resposta: Sim, podendo o licitante suspender os serviços eletronicamente.

Item 14.7 do termo de referência: 14.7. As exclusões de usuários do Programa de Assistência à Saúde serão, tempestivamente, comunicadas à empresa prestadora dos serviços, pela Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas-GEDES/DIRAF, observado o constante deste Termo. A eventual utilização dos serviços, após a exclusão do usuário, será de responsabilidade exclusiva da CONTRATADA.

PERGUNTA 50: A eventual utilização indevida dos serviços por beneficiários excluídos será alocada na sinistralidade da contratante. O Órgão está ciente e de acordo?

Resposta: Não estamos cientes e nem de acordo.

Item 6.2. do termo de referência: Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela CONTRATADA, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

PERGUNTA 51: Favor informar se a licitante deverá apresentar além do plano básico, um plano superior.

Resposta: Somente Plano Básico.

Item 18.1.24 do termo de referência: Aceitar a retenção de valores referentes ao pagamento de faturas até o montante correspondente ao reembolso de danos causados à CONTRATANTE.

PERGUNTA 52: Gentileza esclarecer quais são os eventuais danos causados pela contratada e que podem impactar na retenção de valores referentes ao pagamento.

Resposta: Quando houver descumprimento da Item 18.1 – Obrigações da Contratada.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA DA MINUTA CONTRATUAL: A execução dos serviços será acompanhada e fiscalizada por gestor especialmente designado pela CONTRATANTE, que anotará em registro próprio todas as ocorrências, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados, além das atribuições contidas nas Normas de Execução Orçamentária e Financeira do Distrito Federal.

PERGUNTA 53: Gentileza detalhar quais tipos de ocorrências, falhas e defeitos, bem como enviar as normas de execução orçamentária do DF.

Resposta: As ocorrências, falhas e defeitos serão anotadas pelo Gestor designado em caso de eventual descumprimento das obrigações previstas no Edital e seus anexos, que estarão vinculadas, independentemente de transcrição, ao instrumento Contratual.

Em complementação, o [DECRETO Nº 16.098, de 29 de novembro de 1994](#), aprova as Normas de Execução Orçamentária, Financeira e Contábil do Distrito Federal, e dá outras providências.

Item 18.1.20 do termo de referência: Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da habilitação do contrato com a CONTRATANTE;

PERGUNTA 54: Favor ratificar o entendimento de que o item supracitado está subordinada as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN 365/2014 e Instrução Normativa 46

Resposta: Sim, ratificamos.

Item 7.4 alínea “d” do termo de referência: RPG

PERGUNTA 55: Cumpre esclarecer que a cobertura mencionada não faz parte do rol de coberturas obrigatória com base no Rol da ANS. Desta forma a cobertura será extracontratual de acordo com as condições gerais da Contratada. Estão cientes e de acordo? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

Resposta: De acordo com o Parecer Técnico da Anvisa Nº 25/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021 – Doc. [80606190](#) o entendimento é o contrário do afirmado vez que fará parte do Contrato.

Item 7.4 alínea “h” do termo de referência: h) escleroterapia;

PERGUNTA 56: Cumpre esclarecer que a cobertura mencionada não faz parte do rol de coberturas obrigatória com base no Rol da ANS. Desta forma a cobertura será extracontratual de acordo com as condições gerais da Contratada. Estão cientes e de acordo? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

Resposta: Não, deverá atender as necessidades dos beneficiários em conformidade com indicação médica, desde que não tenha fins estéticos.



Documento assinado eletronicamente por **RAFAELA ALVES FERREIRA - MATR.0003660-9, Pregoeiro(a)**, em 09/03/2022, às 17:17, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0
verificador= **81648440** código CRC= **1AA1E25D**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

Setor de Administração Municipal - SAM, Bloco H - Bairro Asa Norte - CEP 70620-080 - DF