

1º CADERNO DE PERGUNTAS E RESPOSTAS

EDITAL Nº 001/2015

PREGÃO ELETRÔNICO

OBJETO: Contratação de serviços de Assistência Médica e Hospitalares destinados à cobertura dos custos médico-hospitalares, serviços auxiliares de diagnose, terapia e consultas médicas, com livre escolha, rede referenciada ou credenciada da CONTRATADA, em caso de doença pessoal ou gravidez, conforme condições e exigências do Edital e seus Anexos.

PERGUNTA 1: A primeira questão suscitada diz respeito ao Custo Estimado do plano. O item 15.2 do edital estima em R\$ 358,897,83 o custo mensal do plano. No entanto, no item 3 – da dotação orçamentária - às fls. 3 do Edital vem fixado o valor de R\$ 1,076.693,50, para o exercício de 2.015. Este valor representa o equivalente a 03 meses de plano. Considerando que referido pregão ocorrerá no início de maio, presume-se uma contratação a partir de junho do corrente, que, ao final do exercício de 2.015 resulta em 07 meses de plano, somando assim um montante de R\$ 2.512.284,81, para garantir o pagamento até o final do exercício de 2.015. Considerando que o valor Orçado para 2015 é inferior a este valor, perguntamos: 1) De onde virão os recursos para complementação do pagamento do plano para o exercício de 2.015? 2) Em caso da inexistência de recursos financeiros para garantir o pagamento do plano no exercício de 2.015, podemos entender que referida contratação ocorrerá apenas em outubro de 2.015?

RESPOSTA 1: Segundo a área técnica demandante dos serviços “*o contrato em vigência é de caráter excepcional. Ocorrendo a adjudicação do vencedor e a assinatura do novo contrato, o contrato atualmente vigente será rescindindo. Assim, a dotação orçamentária será migrada para o novo contrato*”.

PERGUNTA 2: O item 4.3. do Edital estabelece que não será permitida a subcontratação, sub-rogação e cessão da pretendida contratação, conforme item 31.1 do Termo de Referência – Anexo I. Após leitura mais acurada no Edital e seus anexos verifica-se a inexistência desse item 31.1, Anexo I. Perguntamos: 1) Podemos entender que se trata de um erro material, a inexistência desse item no Termo de Referência? 2) Ou, em caso contrário do que trata este item 31.1? 3) Com relação à vedação da subcontratação, sub-rogação e cessão da pretendida contratação, podemos entender que será vedada a utilização de rede credenciada que não tenha contrato direto com a Licitante?

RESPOSTA 2: Se trata de erro material que foi corrigido segundo a 1ª Errata, disponibilizada na Página da VALEC e no Sistema Comprasnet no dia 27/04/2015. Com relação à subcontratação, sim, é vedada a utilização de rede credenciada que não tenha contrato direto com a Licitante.

PERGUNTA 3: O item 9.4 do Edital determina que o licitante classificado em primeiro lugar deverá enviar no Sistema COMPRASNET, no prazo informado, a contar da solicitação

do Pregoeiro via chat, a Proposta de Preços, devidamente atualizada, em conformidade com o último lance ofertado. 3.1. Perguntamos: Qual será este prazo?

RESPOSTA 3: O prazo será informado pelo Pregoeiro, via Chat, quando da realização da solicitação de envio da Proposta. Todavia, deverá ser observado o período mínimo de 2 (duas) horas, consoante determinação do artigo 3º-A da Instrução Normativa nº 003/2011-SLTI/MPOG, alterada pela Instrução Normativa nº 001/2014-SLTI/MPOG.

PERGUNTA 4: O item 9.5 do edital, alínea “j” informar que eventuais memórias de cálculo, que se fizerem necessárias devam fazer parte da proposta. Perguntamos: Há obrigatoriedade de apresentação desta planilha?

RESPOSTA 4: Sim, a apresentação da Planilha constante do item é obrigatória, caso seja requerida pelo Pregoeiro. A licitante deve se atentar, também, ao Modelo de Planilha de Custos e Formação de Preços – Anexo II do Edital.

PERGUNTA 5: O item 11.14, alínea “a” que trata da HABILITAÇÃO exige que a Licitante apresente Declaração de Contratos Firmados com a Administração, juntamente com a Relação de compromissos assumidos, acompanhada da Demonstração do Resultado do Exercício – DRE, relativa ao último exercício social. Esta DRE consta do balanço da empresa e, como tal, consta do SICAF. Perguntamos: 1) Mesmo a Licitante estando cadastrada no SICAF deverá apresentar o Balanço para comprovar a DRE?

RESPOSTA 5: A DRE não é documento que está abrangido nem no Balanço Patrimonial, nem no SICAF. A obrigatoriedade de apresentação da DRE deverá ser observada pela licitante, consoante determina o artigo 19, inciso XXIV, d, subitem 1 da Instrução Normativa nº 002/2008-SLTI/MPOG, alterado pela Instrução Normativa nº 006/2013-SLTI/MPOG.

PERGUNTA 6: O item 12 - CAPACIDADE TÉCNICA – alínea “d” exige que o Atestado deva constar de declaração detalhada do objeto, contendo dados que permitam a aferição de sua similaridade com o objeto licitado, conforme item 8.1.1. Por outro lado, a letra “b”, a qual, imaginamos que por erro de grafia, se trate de letra “h” estabelece que as informações mínimas que não estejam expressamente indicadas no atestado apresentado pelo Licitante deverão ser comprovadas por meio de documentação complementar anexada ao atestado. Perguntamos: 1) De que trata o item 8.1.1 considerando que o mesmo não consta especificado no edital nem no Termo de Referência? 2) Quais são essas condições mínimas, diversas daquelas estipuladas nas alíneas “a” a “g” do item 12.1?

RESPOSTA 6: Se trata de erro material que foi corrigido segundo a 1ª Errata, disponibilizada na Página da VALEC e no Sistema Comprasnet no dia 27/04/2015.

PERGUNTA 7: O item 8 do Termo de Referência que estão cobertos todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituídos pela Agência Nacional de Saúde – ANS, em vigor na data da realização do evento para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia na área de abrangência estabelecida

no contrato, independente do local de origem do evento, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde. Considerando que o Rol da ANS é taxativo nas cláusulas de coberturas e exclusões, Perguntamos: A Licitante se obriga a cobrir apenas os procedimentos constantes do ROL DA ANS?

RESPOSTA 7: Segundo a área técnica demandante dos serviços “*a licitante se obriga a cobrir o disposto na Lei 9.656/98, rol de procedimentos da ANS e legislação complementar*”.

PERGUNTA 8: O item 8.2.1 estatui que a Licitante deverá cobrir a participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no rol de procedimentos e Eventos em Saúde, caso haja indicação clínica. Perguntamos: Considerando a taxatividade do rol e o disposto no item 8 do Termo de Referência podemos entender que a cobertura de anestesiologia deverá ocorrer em conformidade com o dispositivo trazido no rol da ANS?

RESPOSTA 8: Segundo a área técnica demandante dos serviços “*sim*”.

PERGUNTA 9: O item 8.2.2. estabelece a cobertura assistencial de ações de planejamento familiar que envolve as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, previsto no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, vigente à época da realização do evento. Perguntamos: 1) Que tipos de ações são estas? 2) De que forma este atendimento deverá ser feito? 3) Podemos entender que este atendimento está adstrito ao pré-natal, conforme rotina habitual?

RESPOSTA 9: Segundo a área técnica demandante dos serviços “*1) Ações: consultas, educação e orientação, exames e procedimentos cirúrgicos. 2) Atendimento ambulatorial na rede referenciada da Licitante. 3) Sim*”.

PERGUNTA 10: O item 8.2.3 que trata da cobertura assistencial estabelece a cobertura de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive necessários ao atendimento de lesões autoinfligidas? Perguntamos: 1) Podemos entender que a cobertura para tratamento dos transtornos mentais se aplicará dentro dos limites e moldes da Lei 9.656/98 e Resoluções ANS vigentes? 2) Ainda nesse sentido, podemos entender que os custos de cobertura de eventuais procedimentos não cobertos, como estes, correrão à conta do CONTRATANTE, podendo ser cobrado pelo CONTRATADO por meio de Nota Fiscal Complementar?

RESPOSTA 10: Segundo a área técnica demandante dos serviços “*Sim. 1) Vedada a imposição de limites. 2) Cobertura pela licitante*”.

PERGUNTA 11: Os itens 8.2.4 e 8.2.5 estabelecem a obrigatoriedade de a Licitante cobrir procedimentos que decorram de complicações clínicas e cirúrgicas de procedimentos não cobertos. Duas situações impedem esta cobertura. A primeira é a responsabilidade objetiva da Operadora e segundo, o custo do procedimento que é difícil de mensuração, em razão do próprio procedimento e do tempo de tratamento, não sendo, portanto, objeto de cômputo no cálculo atuarial. Perguntamos: 1) Podemos entender que a Licitante não será obrigada a

assumir estes custos, por não estarem tipificados no rol da ANS, que regula o mercado de saúde suplementar no Brasil?

RESPOSTA 11: Segundo a área técnica demandante dos serviços “*Cobertura de procedimentos decorrentes de complicações clínicas e cirúrgicas de procedimentos não cobertos*”.

PERGUNTA 12: O item 8.3 trata das coberturas ambulatoriais. Perguntamos: Podemos entender que todas as coberturas trazidas nos subitens 8.3.1 a 8.4.23 serão em conformidade com os limites e moldes da ANS e Resoluções vigente?

RESPOSTA 12: Segundo a área técnica demandante dos serviços “*As coberturas previstas nos itens 8.3.1 a 8.4.23 não poderão haver limitação de prazo, preço e quantidade, em razão da continuidade da concessão do benefício já garantido aos beneficiários*”.

PERGUNTA 13: O item 8.5 trata da cobertura de Home Care. Perguntamos: 1) Podemos entender que este serviço, quando coberto será feito em conformidade com os limites de moldes da Operadora? 2) Podemos entender que este serviço fica adstrito apenas à continuidade da internação hospitalar e que não tem fim social (troca de fraldas, banho, comida, ministração de medicamentos ambulatoriais, etc)? 3) Quantos pacientes a VALEC possui hoje no sistema de Home Care? 4) Quais as patologias desses pacientes?

RESPOSTA 13: Segundo a área técnica demandante dos serviços “*1 e 2) O home care será adstrito à continuidade da internação hospitalar, com todo o suporte necessário. 3) Um paciente em home care. 4) Não possuímos informação quando à patologia*”.

PERGUNTA 14: O item 10, subitens 10.1 e 10.2 que trata do Reembolso estabelece que o beneficiário terá direito ao reembolso, por escolha e nas situações de urgência e emergência, quando não for possível o atendimento na rede referenciada. Perguntamos: 1) Podemos entender que o reembolso para ambas as situações será pela Tabela praticada pela Operadora? 2) Podemos entender que a caracterização da impossibilidade de atendimento de urgência e emergência será quando não tiver rede de atendimento na abrangência geográfica do beneficiário?

RESPOSTA 14: Segundo a área técnica demandante dos serviços “*Para o reembolso será considerada a tabela da licitante, conforme previsto no Edital*” 2) *Para os casos de atendimento de urgência e emergência, quando não tiver rede de atendimento na abrangência geográfica, deverá ser cumprido o que determina a RN 268/2011, que garante o atendimento aos beneficiários*”.

PERGUNTA 15: O item 10.7 que trata de Medicamentos e Materiais versa no item 10.7.1 do reembolso para medicamentos e materiais cirúrgicos. Perguntamos: 1) Podemos entender que este reembolso diz especificamente, quando for necessário o reembolso para internação, excluindo sob qualquer pretexto, reembolso de medicamento em caráter ambulatorial? 2) Favor esclarecer.

RESPOSTA 15: Segundo a área técnica demandante dos serviços “1) O reembolso de medicamentos e materiais, especificamente para internação, deverá contemplar o atendimento ambulatorial ou eletivo.

PERGUNTA 16: O item 11 que trata dos beneficiários elenca no item 11.2.7 a inclusão de mãe, pai, madrasta e padrasto, sogro e sogra, se declarado no Imposto de Renda? Perguntamos: 1) Podemos entender que a VALEC será responsável pelo custeio integral do plano desses assim caracterizados? 2) A VALEC será responsável pela análise, aceitação dos documentos legais comprobatórios dessa condição? 3) Podemos entender que esta categoria de beneficiários não será incluída, se não atender às exigências legais?

RESPOSTA 16: Segundo a área técnica demandante dos serviços “1) Sim. 2) Sim. 3) Sim”.

PERGUNTA 17: O item 11.3 – agregados – descreve que os agregados serão os filhos enteados com idade igual e superior a 21 (vinte e um) anos, que não estejam cursando ensino superior (item 11.3.2). Perguntamos: Podemos entender que a única condição de ser agregado será esta conforme estipulada no item 11.3.2?

RESPOSTA 17: Segundo a área técnica demandante dos serviços “Sim”.

PERGUNTA 18: O item 16.2 esclarece que o preço apresentado contempla apenas IOF. Perguntamos: 1) A Estimativa de preços está dentro da validade prevista em lei (60 dias)? 2) Quais as operadoras que apresentaram esta estimativa de preços? 3) Na ocasião da pesquisa de preços, foi considerado o custo das coberturas fora da Lei, conforme estipuladas no Termo de Referência? 4) Qual a razão de nos preços constar o IOF? Qual Percentual?

RESPOSTA 18: Segundo a área técnica demandante dos serviços “Os preços estão dentro da validade. A informação das operadoras não é relevante para a formalização de proposta. O percentual do IOF segue o previsto em lei. O Termo de Referência não prevê coberturas ilegais.”

PERGUNTA 19: O item 17 informa que a VALEC, assumirá 100% (cem por cento) do custeio do plano. Perguntamos: A inclusão será compulsória dos 190 beneficiários informados?

RESPOSTA 19: Segundo a área técnica demandante dos serviços “Sim”.

PERGUNTA 20: O item 8.4.16 estabelece a obrigatoriedade de cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial que por imperatividade exija o meio de internação. Perguntamos: 1) Podemos entender que esta internação está adstrita apenas à cobertura da Lei 9656/98 (bucal maxilar)? 2) Caso contrário, por não estar no rol da ANS, ficará a Operadora desobrigada de assegurar este custo de internação, vez que não há catalogação na ANS e, para esta cobertura?

RESPOSTA 20: Segundo a área técnica demandante dos serviços “*Observar os itens 8.4.15 e 9.18 do Termo de Referência*”.

PERGUNTA 21: Qual o plano atual da VALEC?

RESPOSTA 21: Sulamerica Companhia de Seguro Saúde.

PERGUNTA 22: Qual o sinistro apurado nos últimos 12 meses? Tem pacientes internados? Em caso positivo, quantos e qual a patologia? tem pacientes em tratamento? Em caso positivo, quantos e qual a patologia? Tem pacientes crônicos? (Câncer, diabetes, hipertensão, psiquiatria, etc). Tem pacientes afastados do trabalho? Em caso positivo quais os CIDS?

RESPOSTA 22: Segundo a área técnica demandante dos serviços “*A sinistralidade em junho de 2013 a maio de 2014 foi de 50,12% e de fevereiro de 2014 a janeiro de 2015 foi de 42,51% (média). Há dois pacientes internados que deverão ser assumidos pela nova contratada. Não possuímos a informação da patologia. Existem empregados afastados, internados e agregado em tratamento home care. CID’s M17.5 e XF33.3*”.

PERGUNTA 23: 23. Quantas vidas existem nas regiões: Brasília? Bahia? Goiás? Minas Gerais? Rio de Janeiro? São Paulo? Tocantins?

RESPOSTA 23: Segundo a área técnica demandante dos serviços “*Conforme consta no item 7.1 do Termo de Referência, o atendimento é nacional independente do quantitativo de vidas por Estado*”.

PERGUNTA 24: Qual a data prevista para conclusão do Procedimento Licitatório e da vigência do contrato?

RESPOSTA 24: O andamento do procedimento licitatório depende de diversos fatores como por exemplo, a quantidade de questionamentos, a existência ou não de impugnação e recursos, o prazo para recebimento de documentos originais da licitante, homologação e etc. Dessa forma, não há como prever a data final do procedimento licitatório. O prazo de vigência do contrato consta do item 23 do Termo de Referência – Anexo I do Edital.

PERGUNTA 25: O Edital em epígrafe não especifica o tipo de acomodação dos planos a serem ofertados aos beneficiários dessa empresa, mas na alínea “c” do item 8.4.14 do Edital em epígrafe a respeito da cobertura relativa aos acompanhantes: “*exclusivamente a acomodação, para os segurados maiores de 18 (dezoito) anos, que optaram por planos com acomodação em apartamento*”, o que nos leva a entender que o plano com acomodação em apartamento seria um opcional, e por conseguinte, o plano para critério de julgamento seria de acomodação em enfermaria. Nosso entendimento está correto?

RESPOSTA 25: Segundo a área técnica requisitante dos serviços, “*o item abordado trata das despesas com acompanhantes maiores de 18 anos. No caso do segurando ser maior de 18*”

anos, exclusivamente a despesa de acomodação do acompanhante será custeada pela contratada”.

PERGUNTA 26: De acordo com o item 5.1 do Termo de Referência, o critério de julgamento será o menor preço mensal, considerando o prazo de vigência do contrato. Assim, podemos entender que o mesmo contrato tendo vigência de 12 (doze) meses o critério de julgamento será o menor valor global mensal?

RESPOSTA 26: Ver novo Edital publicado no dia 04 de maio de 2015, onde foi realizada a correção do critério de julgamento para o menor valor global anual, considerando-se o prazo de vigência contratual.

PERGUNTA 27: O presente Edital não prevê um período de isenção de carência a partir da assinatura, mas apenas nas situações do item 19.6 do Termo de Referência, assim, podemos entender que o período de isenção sem carência será na forma estabelecida no art. 6º da RN 195/09, que determina: “ *No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante*”. E, após esse prazo os beneficiários estão sujeitos aos prazos de carência estabelecidos pela lei?

RESPOSTA 27: Segundo a área técnica requisitante dos serviços, “*o item 6 do Termo de Referência não deixa qualquer dúvida quando à carência*”.

PERGUNTA 28: O item 16 do Termo de Referência determina o perfil do grupo, discriminando os titulares, os dependentes, pai e mãe, mas não relaciona nenhum agregado. Assim, como o item 11.3.1 prevê a inclusão dos agregados especificados no subitem 11.3.2, que são: “*Filhos e enteados com idade igual e superior a 21 (vinte e um) anos, que não estejam cursando ensino superior*”. Assim, solicitamos a idade, o sexo desses beneficiários para que possamos realizar uma precificação fidedigna.

RESPOSTA 28: Segundo a área técnica requisitante dos serviços, “*os titulares, dependentes e agregados já estão contemplados na tabela*”.

PERGUNTA 29: Podemos entender que os limites de preços constantes da alínea “e” do item 10 do presente edital só deverão ser cumpridos após a conclusão da fase lances e negociação?

RESPOSTA 29: Sim, o entendimento está correto, todavia, o licitante deve verificar o novo Edital publicado no dia 04 de maio de 2015.

PERGUNTA 30: Ainda, com a finalidade de apresentarmos preços compatíveis apresentamos os seguintes questionamentos:

a) Qual a quantidade de beneficiários internados em Home Care?

- b) Qual a quantidade de gestantes na massa de beneficiários dessa empresa e qual a faixa etária dessas?
- c) Existem beneficiários afastados? Sendo a resposta positiva, qual a quantidade e qual o código das CID's?
- d) Qual a quantidade de beneficiários internados, e em quais estabelecimentos eles se encontram?
- e) Qual a quantidade de beneficiários demitidos e aposentados na massa, e qual a faixa etária desses?
- f) Qual a distribuição geográfica dos beneficiários dessa Companhia?
- g) Qual a operadora e plano do contrato atual?
- h) Qual foi o último índice de reajuste aplicado ao contrato atual?
- i) Qual o índice de sinistralidade dos últimos 12 (doze) meses do contrato atual?
- j) Qual o valor da última fatura do contrato vigente?

RESPOSTA 30: Segundo a área técnica requisitante dos serviços, “A) Atualmente existe 01 (um) internado em Home Care. B) A massa de beneficiários não possui nenhuma gestante. C) Existem 02 (dois) beneficiários afastados pelos seguintes CID's: M17.5 e XF 33.3. D) Existem 02 (dois) beneficiários internados. Quanto ao local, não dispomos de informação. E) Todos os empregados estão ativos. Quanto aos beneficiários/agregados não possuímos informação. F) A região de lotação dos empregados consta no item 7.1 do Termo de Referência. G) A atual contratada é a empresa Sul América Companhia de Seguro Saúde. H) O último índice de reajuste foi de 17.21%. I) O índice de sinistralidade é de 42,51%. J) A última fatura foi paga no valor de R\$ 319.736,43”.

PERGUNTA 31: Item 8. Coberturas, página 19 e seguintes do Edital: Favor ratificar nosso entendimento de que as disposições do edital e termo de referência objeto da presente contratação estão subordinadas à Lei nº 9.656/98 e respectivas Resoluções complementares da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

RESPOSTA 31: A área técnica requisitante dos serviços ratifica o entendimento.

PERGUNTA 32: Item 8.5. Home-Care, página 25 e seguintes do Edital. Com relação a assistência em home care, favor informar se as condições do produto abaixo transcritas serão aceitas por este órgão licitante: O serviço de assistência domiciliar poderá ser concedido, a critério da SEGURADORA, desde que:

- a) O paciente esteja hospitalizado, com previsão de alta hospitalar, com a necessidade da continuidade do tratamento que possa ser prestado em ambiente domiciliar;
- b) A continuidade do tratamento será por período determinado e embora possa ser prolongado, terá condição de futura alta;
- c) O paciente resida em uma área com infra-estrutura adequada para conduzir os cuidados e tratamentos conforme prescrição médica;

- d) Possua solicitação do médico assistente, responsável pelo paciente, constando claramente o pedido de assistência domiciliar, bem como dos cuidados técnicos necessários;
- e) Que o paciente tenha um cuidador ou acompanhante responsável durante a prestação do serviço;
- f) Que seja permitido livre acesso de profissional especialmente designado pela SEGURADORA para visitação e avaliação dos serviços prestados.

RESPOSTA 32: A área técnica requisitante dos serviços entende que: “a) sim; b) período determinado e justificado pelo profissional assistente, com possibilidade de renovação; c) os atendimentos deverão ocorrer nos locais de lotação do beneficiário, com as devidas adaptações necessárias; d) sim; e) sim; f) sim”.

PERGUNTA 33: Item 10.10.11, página 30 do Edital: O valor correspondente a coparticipação prevista na cobertura do seguro será deduzido do valor do reembolso ao segurado do titular. Favor informar se o percentual de 50% da coparticipação será revertido para a Contratada. Se negativo, favor explicar detalhadamente.

RESPOSTA 33: A área técnica requisitante dos serviços entende que: “no caso de existir coparticipação (exemplo item 8.4.2 do Termo de Referência) o valor é revertido para a contratada.

PERGUNTA 34: Item 10.10.17, página 31 do Edital: O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos. A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, estabelece o prazo máximo de 1 (um) ano para apresentação de pedidos de reembolso, pedimos a revisão da exigência do prazo de dois anos para reembolso no Exterior, adequando-o ao prazo de 1 (um) ano.

RESPOSTA 34: A área técnica requisitante dos serviços entende que: “prazo máximo será retificado para 1 (um) ano”. Ver novo Edital publicado em 12/05/2015.

PERGUNTA 35: Item 19.5, página 38 do Edital: Fornecer gratuitamente, aos beneficiários do plano de saúde, Manual de Normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada da assistência médico-hospitalar (hospitais, centros médicos, consultórios, laboratórios médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do plano de saúde, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos). Por questões de Política Ambiental e de Sustentabilidade, o Manual de Rede Credenciada 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, os meios de mobilidade e o volume de rede credenciada, este órgão licitante poderá desconsiderar a entrega dos livros de rede credenciada?

RESPOSTA 35: A área técnica requisitante dos serviços entende que: “sim, poderá desconsiderar a entrega de livros da rede credenciada”. Ver novo Edital publicado em 12/05/2015.

PERGUNTA 36: Favor informar a data de início da vigência do contrato com a licitante vencedora.

RESPOSTA 36: O andamento do procedimento licitatório depende de diversos fatores como por exemplo, a quantidade de questionamentos, a existência ou não de impugnação e recursos, o prazo para recebimento de documentos originais da licitante, homologação e etc. Dessa forma, não há como prever a data final do procedimento licitatório, bem como estimar uma data específica para a assinatura do contrato. O prazo de vigência do contrato consta do item 23 do Termo de Referência – Anexo I do Edital.

PERGUNTA 37: Favor informar quantos beneficiários encontram-se na condição de “assistência em home care” e quais são as patologias e/ou CID’s.

RESPOSTA 37: A área técnica requisitante dos serviços entende que: “um empregado em home care. Não possuímos a informação do CID”.

PERGUNTA 38: Para efeitos de eventuais comprovações de cumprimento da Resolução Normativa n 195 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, favor informar qual é o vínculo empregatício dos funcionários da VALEC, e ainda, se todos os beneficiários possuem a comprovação de vínculo empregatício.

RESPOSTA 38: Segundo o entendimento da área técnica requisitante dos serviços, “os empregados da VALEC são regidos pela CLT, portanto são celetistas. Todos os beneficiários possuem comprovação de vínculo empregatício”.

PERGUNTA 39: Favor informar qual é a empresa prestadora dos serviços, objeto da presente licitação. Há quanto tempo o contrato está vigente? Quantos planos o presente contrato contempla?

RESPOSTA 39: A área demandante informa que “a atual contratada é a SulAmérica Seguro Saúde, vigente desde 30/09/2009, contemplando apenas um plano: Plano Master”.

PERGUNTA 40: Qual o valor per capita dos planos ofertados pela atual prestadora?

RESPOSTA 40: A área demandante informa que “o valor per capita é de R\$ 1.652,40”.

PERGUNTA 41: Objetivando a justa precificação e a manutenção e equilíbrio econômico financeiro da apólice do seguro saúde, pedimos que nos informe qual a sinistralidade (utilização x valores pagos) dos últimos, 6, 12 e 24 meses do presente contrato, se possível mês a mês, informando o valor do sinistro e do prêmio/fatura.

RESPOSTA 41: A área demandante informa que “A sinistralidade de junho de 2013 a maio de 2014 foi de 50,12% e de fevereiro de 2014 a janeiro de 2015 foi de 42,51% em média”.

PERGUNTA 42: Favor informar se no contrato em vigor existem usuários/beneficiários afastados do trabalho, pacientes internados ou pacientes em tratamento de alto custo. Se houve, pedimos a gentileza de nos informar os CID's.

RESPOSTA 42: A área demandante informa que *“Existem empregados afastados, internados e agredido em tratamento home care, CID's M17.5 e XF33.3”*.

PERGUNTA 43: Favor informar se existem pacientes internados se possível o CID's e a entidade hospitalar e se os mesmos deverão ser assumidos pela nova contratada.

RESPOSTA 43: A área demandante informa que *“Existem dois pacientes internados que deverão ser assumidos pela nova contratada. Quanto ao CID e entidade hospitalar, não possuímos a informação.”*

PERGUNTA 44: Qual é o valor e o número de beneficiários da última fatura quitada?

RESPOSTA 44: A área demandante informa que *“Valor da última fatura quitada é de R\$ 319.736,43 e a quantidade de 189 beneficiários entre empregados, dependentes e agregados”*.

PERGUNTA 45: Havendo movimentações (inclusões e exclusões de beneficiários) podemos considerar a data do corte (dia 20 de cada mês que é a data final do ciclo de faturamento), uma vez que após o dia 20 de cada mês qualquer movimentação constará no faturamento do mês subsequente?

RESPOSTA 45: A área demandante informa que *“sim”*.

PERGUNTA 46: Além das condições exigidas no Edital, poderão ser consideradas como base da contratação as condições gerais do produto “seguro saúde” da seguradora vencedora do processo licitatório, as quais não sejam contrárias ao Edital e que estejam devidamente registradas na ANS? Caso negativo, como serão tratados os casos de “riscos excluídos” e demais condições de contratação do seguro?

RESPOSTA 46: A área demandante informa que *“sim”*.

PERGUNTA 47: Item 11.14 do Edital de Convocação: considerando a enorme quantidade de contratos com empresas privadas e também com a Administração Pública ativos, não seria possível listar todos eles conforme modelo no Anexo III. Assim, entendemos ser possível a comprovação de patrimônio líquido suficiente por meio do balanço, em cumprimento ao art. 19, inciso XXIV, alínea "c" da IN 6/2013. Ao mesmo tempo, em observância à obrigação de sigilo e confidencialidade das informações dos contratos privados, não nos é possível disponibilizar todas as informações solicitadas.

RESPOSTA 47: Ver novo Edital publicado em 12/05/2015.

PERGUNTA 48: - Item 19.14 do Termo de Referência e item 9.14 do Anexo IV ("Minuta do Instrumento Contratual"): inobstante nosso conhecimento da legislação aplicável, não podemos, como Seguradora, garantir que a rede referenciada irá priorizar estes casos. Sugerimos que a redação deste item deixe claro que envidaremos todos os esforços, no que nos for cabível, para que os menores de 5 anos e maiores de 60, assim como as gestantes, tenham atendimento prioritário.

RESPOSTA 48: A área demandante informa que *“o texto será mantido. a empresa contratada deverá fazer gestão junto à rede credenciada para os casos elencados no item 19.14 do TR sejam priorizados. Além disso, deverá priorizar os procedimentos que necessitem de autorização para serem realizados, quando se tratar de beneficiário dentro da faixa etária citada no item”*.

PERGUNTA 49: - Item 19.16 do Termo de Referência e item 9.16 do Anexo IV ("Minuta do Instrumento Contratual"): o que se entende por "ou outro evento que habilite seu ingresso no cadastro"?

RESPOSTA 49: A área demandante informa que *“Pode ser exemplificado por: reintegração judicial de empregado ou empregado anistiado”*.

PERGUNTA 50: - Item 19.19 do Termo de Referência e item 9.19 do Anexo IV ("Minuta do Instrumento Contratual"): na condição de Seguradora, podemos entender que os atos de que decorram culpa ou dolo da rede referenciada são de exclusiva responsabilidade desta?

RESPOSTA 50: A área demandante informa que *“o item 19.19 do Termo de Referência não cita a rede referenciada”*.

PERGUNTA 51: - Item 19.21 do Termo de Referência e item 9.21 Anexo IV ("Minuta do Instrumento Contratual"): levando-se em conta que, em se tratando de seguros não há emissão de nota fiscal, entendemos que este item não é aplicável à contratação objeto deste Edital.

RESPOSTA 51: A área demandante informa que *“desde que haja previsão legal, a nota fiscal poderá ser substituída por outro documento conforme consta no item 19.20, por exemplo, ‘Nota fiscal/fatura’”*.

PERGUNTA 52: O item 11.14, letra “a” do edital requer seja apresentado pela licitante: “Declaração de contratos firmados com a Administração, juntamente com a Relação de Compromissos Assumidos, Conforme Modelo constante do Anexo III, acompanhada da Demonstração do Resultado do Exercício – DRE, relativa ao último exercício social”. (g.n) No modelo (ANEXO III) discrimina que os contratos firmados devem ser com a iniciativa privada e a administração pública. Perguntamos: 1) Nesta Declaração devem constar todos os contratos firmados entre a Licitante e as pessoas jurídicas (empresas privadas e administração pública) que estejam em vigor? 2) Como será feita a aferição da veracidade das informações constantes na Declaração?

RESPOSTA 52: Ver novo Edital publicado em 12/05/2015.

PERGUNTA 53: O item 8 que trata das coberturas estabelece que “estão cobertos todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em vigor na data da realização do evento para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia na área de abrangência do contrato, independente do local de origem do evento, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.” No entanto, nos subitens seguintes há discriminação de coberturas que estão além da Lei 9656/98 e resoluções ANS. Perguntamos: Podemos entender que todas as coberturas asseguradas por este contrato serão em conformidade com os limites e moldes da Lei que regula os planos de saúde no Brasil e resoluções ANS, conforme descrito no item 8 acima?

RESPOSTA 53: A área demandante informa que *“a cobertura conforme o rol de procedimentos, Lei nº 9656 e demais normas complementares, vedada a imposição de limites de prazo, preço e quantitativo, em razão da continuidade da concessão do benefício já garantido aos beneficiários”*.

PERGUNTA 54: O item 8.4.9 estipula a cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos. Nos subitens 8.4.10 estipula que cabe ao médico assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria prima e dimensões) das Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações. Perguntamos: 1) Podemos entender que a disponibilização das próteses e órteses será feita conforme indicação do médico assistente seguindo os protocolos adotados pelo mercado, após pesquisa de mercado de, pelo menos 03 fornecedores qualificados e cadastrados, ficando descartada a possibilidade de coberturas desse material em caso de eventuais preferências médicas que venham se sobrepor ao critério da Pesquisa de 03 Fornecedores?

RESPOSTA 54: A área demandante informa que *“para a aquisição de órtese e prótese deverá ser seguida a prescrição médica”*.

PERGUNTA 55: O Termo de Referência estabelece a obrigatoriedade de cobertura de custos da estrutura hospitalar para tratamentos odontológicos, quando a situação requerer. Perguntamos: Podemos entender que esta cobertura será em conformidade com os limites e moldes da cobertura trazida no Rol da ANS, para este fim?

RESPOSTA 55: A área demandante informa que *“cobertura odontológica conforme previsto em legislação específica pela ANS”*.

PERGUNTA 56: O item 10.10.16 estabelece que “Antes do recebimento do Cartão de Identificação para acesso à Rede Referenciada será garantido ao Segurado, o Reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado”? No entanto, pela descrição do Edital a Licitante deverá apresentar 01 plano apenas, considerando que não há menção escrita da possibilidade de planos alternativos. Perguntamos: 1) Podemos entender que, sendo assegurado ao beneficiário cadastrado o atendimento na rede de prestador, ainda que sem o

documento de identificação, este reembolso não será cabível? 2) Na hipótese do reembolso qual seria a caracterização “de acordo com o plano contratado”?

RESPOSTA 56: A área demandante informa que “*contratação de plano único com plena cobertura, garantido os benefícios atuais concedidos aos empregados*”.

PERGUNTA 57: O item 10.10.17 estabelece prazos de solicitação de reembolso, sendo de 12 meses dentro do território nacional de e 14 meses fora do Brasil. Em nenhum ponto do Edital se verifica a obrigatoriedade de cobertura fora do País. Perguntamos: 1) Esta cobertura é obrigatória ou Opcional? 2) Quais os limites e moldes desta cobertura, no que se refere a valores de reembolso? 3) Em caso de reembolso podemos entender que esta cobertura se estende apenas aos casos considerados de urgência e emergência? 4) Podemos entender que o reembolso será de acordo com a Tabela de Reembolso praticada no Brasil e que o valor será sempre em Reais (R\$)?

RESPOSTA 57: A área demandante informa que “*previsto o reembolso para os casos de profissionais não cadastrados na operadora de plano de saúde, eletivo, urgência e emergência. Será considerada a tabela da contratada, conforme previsto no edital. Cobertura nacional. Valores em reais (moeda corrente)*”.

PERGUNTA 58: O item 13.7 estipula que, nos casos de emergência e urgência quando houver acordo para Cobertura Parcial Temporária (g.n), o Segurado terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta complexidade relacionados a Doenças e Lesões Pré-Existentes. Perguntamos: Podemos entender que será estipulada contratualmente a CPT, nos moldes e limites da Lei 9656/98 e Resoluções ANS?

RESPOSTA 58: A área demandante informa que “*cobertura parcial temporária sem limitação de atendimento*”.

PERGUNTA 59: O item 8.5, subitem 8.5.1 estipulada a cobertura de home care. Perguntamos: Podemos entender que esta cobertura se dará conforme o protocolo de atendimento já adotado pela Licitante?

RESPOSTA 59: A área demandante informa que “*home care será adstrito à continuidade da internação hospitalar, com todo o suporte necessário*”.

Brasília, 13 de maio de 2015.

MARIA CECÍLIA MATTESCO GOMES DA SILVA
PREGOEIRA / SULIC