

## RESPOSTA AOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS

Em atenção à solicitação de pedido de esclarecimentos realizado pela **UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A.**, com sede na Alameda Ministro Rocha Azevedo, nº 346, Bairro Cerqueira César, São Paulo, CEP 014.410-901, inscrita no CNPJ nº. 04.487.255/0001-81, interessada em participar deste processo licitatório, apresentamos as respostas que se seguem:

**RESPOSTA 01** – A Gerência Financeira – GEAFI, desta Empresa Pública, informa o seguinte: “De acordo com o §1, do artigo 63, do Decreto nº 32.598/2010, este órgão solicitante efetuará os pagamentos pelos serviços prestados por meio de Ordem Bancária - OB, seguindo fielmente o disposto nos artigos 63 e 64, do normativo supracitado.”.

**RESPOSTA 02** - O Grupo de Trabalho ratifica o entendimento da UNIMED SEGUROS, conforme descrito no item 3.4. GRUPO FAMILIAR – podem aderir ao plano o grupo familiar constituído 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.

**RESPOSTA 03** – O Grupo de Trabalho informa que as condições elencadas para o serviço de Home Care deverão estar em conformidade com a RN 428/2017, bem como a Lei nº. 9.656/98. O GT, após diversas pesquisas, entende que os itens de “a” a “f” estão corretos.

**RESPOSTA 04** - Do item 7.2 do Edital – O GT informa que 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 RN nº 428/2017-ANS e demais legislações em vigor.

**RESPOSTA 05** - Do item 7.4 do Edital – Sim, está correto.

**RESPOSTA 06** – O GT informa que: de acordo com várias jurisprudências o RPG, caso seja oferecido pelo Plano de Saúde, não poderá ter o número de sessões limitado. Depende da solicitação do médico.

**RESPOSTA 07** - 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.

**RESPOSTA 08** – O GT, informa que: 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.

**RESPOSTA 09** - A Resolução Normativa 279//2011 – ANS, dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Portanto, ratificamos o entendimento da Seguros Unimed.

**RESPOSTA 10** - Sim, está correto. 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 RN nº 428/2017-ANS e demais legislações em vigor.

**RESPOSTA 11** – SIM

**RESPOSTA 12** – Item 15.1. Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios do Programa de Assistência à Saúde:

- a) dos usuários inscritos na forma regulamentada no item 13.5 deste Termo;
- b) em situações de urgência ou emergência, de acordo com disposto no art. 35-C, incisos I e II da Lei nº 9.656/1998, desde que ocorram após a solicitação formal de inclusão do usuário à Contratada;
- c) consultas médicas.

15.2. Para os pedidos de inclusão efetuados após o prazo estabelecido no item 13.5, deverão ser cumpridas as carências determinadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

**RESPOSTA 13** - Identificação da operadora, nome do beneficiário, data de nascimento, número do beneficiário, tipo de plano, segmentação, tipo de acomodação, identificação da rede de atendimento e data da inclusão no plano.

**RESPOSTA 14** - (Fornecida pelo Grupo de Trabalho) Objeto: Contratação de empresa especializada, para prestação de serviços de assistência suplementar à saúde por meio de rede própria e/ou credenciada, com abrangência regional no âmbito do Distrito Federal, com atendimento nacional de urgência e emergência, por meio de rede credenciada própria, conveniada ou terceirizada ou, por meio de reembolso na forma prescrita pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, na modalidade de Plano Coletivo Empresarial, para empregados da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan), seus dependentes, grupo familiar e pedvistas, nos termos da Lei nº 9.656/98, resoluções e respectivas legislações da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com suas alterações e na forma da Resolução nº 071/2018 – CA-CODEPLAN, que dispõe sobre o Regulamento de Licitações e Contratos e em conformidade com o presente Termo de Referência, compreendendo: Assistência Médico-Hospitalar, Laboratorial, Exames Complementares e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia, inclusive internações, nos termos da legislação vigente e suas atualizações.

**RESPOSTA 15** - Sim. A CODEPLAN efetuará o desconto nos contracheques dos titulares.

**RESPOSTA 16** - Caberá à Contratada, além das responsabilidades resultantes do Contrato, cumprir os dispositivos da: Lei nº 9.656/98, da Resolução Normativa nº 428/2017-ANS; da Resolução Normativa nº 195/2009-ANS (alterada pela Resolução nº 200/2009-ANS) e demais normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

**RESPOSTA 17** – Segundo entendimento da Procuradoria Jurídica da CODEPLAN, sim. As seguradoras poderão substituir a Nota Fiscal pela Fatura.

**RESPOSTA 18** - O Núcleo de Contratos da CODEPLAN esclarece que nos Itens: 8.2.5 e 8.3.1, as Certidões são **distintas**, porém, no item 8.3.1, **onde se lê**: “*Certidão negativa de falência ou recuperação judicial expedida pelo distribuidor da sede da empresa, e Certidão Negativa de Débitos perante o Governo do Distrito Federal*”, Leia-se: “Certidão negativa de Falência ou Recuperação expedida pelo distribuidor da sede da empresa”.

Certificamos que, por erro de digitação, ficou duplicado no item 8.3.1 a Certidão a que se refere ao item 8.2.5, devendo assim desconsiderar a segunda Certidão que consta no item 8.3.1. CONTINUAR

Informamos ainda que, as devidas Certidões poderão ser obtidas no site [www.fazenda.df.gov.br](http://www.fazenda.df.gov.br) e no distribuidor da sede da empresa interessada em aderir o Pregão Eletrônico.

**RESPOSTA 19** – SIM.

**RESPOSTA 20** – O Grupo de Trabalho esclarece que para este questionamento, a empresa deverá considerar o constante do Item 18.1.13 do Termo de Referência.

Item 18.1.13. “Proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a Resolução Normativa nº 255/2011-ANS.”.

**RESPOSTA 21** – Visando melhor esclarecimento para esta pergunta, foi solicitada análise à Procuradoria Jurídica desta Empresa Pública, a qual a manifesta o seguinte:

“Cumpramos esclarecer que a forma de reajuste consta do Edital, não cabendo a esta Procuradoria Jurídica avaliar tecnicamente a sugestão de cálculo apresentada pela consultante.

Ademais, em relação ao índice de reajuste, cabe esclarecer que a CODEPLAN é uma empresa estatal dependente do tesouro do Distrito Federal, logo, deve observar o disposto no art. 3º do Decreto nº 37.121, de 2016, in verbis:

“Art. 3º O Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo-IPCA, apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, deve ser adotado como índice de reajuste:

(...)

II - em todos os processos de licitação para aquisição de bens ou serviços em que o objeto da licitação ainda não tenha sido homologado e adjudicado ao licitante vencedor, bem como em todos os processos de dispensa ou inexigibilidade, mediante ajustes, observadas as exigências de divulgação e reabertura de prazo procedimental estabelecidas em Lei.”.

Cumpramos destacar que o PREGÃO ELETRÔNICO nº 05/2019 visa a contratação de Plano Coletivo Empresarial, regulados pela ANS e pela Lei nº 9.656/98. Em relação ao reajuste dos planos coletivos este não é definido pela Agência, uma vez que o índice é determinado a partir da negociação entre a pessoa jurídica

contratante e a operadora de plano de saúde, conforme Nota de Esclarecimento da ANS[1], sobre planos coletivos.

Assim, entende-se que nos planos coletivos, o índice de reajuste por variação de custos é definido conforme as normas contratuais livremente estabelecidas entre a operadora de planos de saúde e a empresa que contratou o plano.

Nesse sentido, esta Procuradoria Jurídica entende que deve ser mantida a referência ao IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo na minuta de contrato.”.

**RESPOSTA 22** – Entende-se que a migração não será automática ou compulsória, visto que a adesão ao plano dependerá da vontade dos empregados, considerando a coparticipação, bem como dos valores apresentados pela vencedora do certame. O quantitativo estimado está de acordo com o quadro de empregados da empresa e seus dependentes, que estão no atual plano de saúde e/ou manifestaram interesse em aderir ao novo contrato desde que seja vantajoso.

**RESPOSTA 23** – AMIL

**RESPOSTA 24** - O valor da Fatura da AMIL, relativa ao mês de agosto/2019, foi de R\$ 1.096.176,46 (um milhão, noventa e seis mil, cento e setenta e seis reais e quarenta e seis centavos), com um quantitativo de 576 Beneficiários.

Atenciosamente,

**Rafaela Alves Ferreira**  
Pregoeira