

QUANTO AOS QUESTIONAMENTOS APRESENTADOS E O PEDIDO DE IMPUGNAÇÃO FORMALIZADO PELA UNIMED SAÚDE E ODONTO S.A., CNPJ nº 10.414.182/0001-09, COM RELAÇÃO AO PREGÃO ELETRÔNICO Nº 02-2021, NO TOCANTE AO TERMO DE REFERÊNCIA QUE FUNDAMENTARÁ A CONTRATAÇÃO, ENCAMINHO ABAIXO AS CONSIDERAÇÕES DA EQUIPE DE APOIO AO PREGÃO:

PERGUNTA 01: Por favor informar o início de vigência do contrato.

R = A VIGÊNCIA DO CONTRATO SERÁ DE 12 (DOZE) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE SUA PUBLICAÇÃO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, CONFORME ITEM 18.1 DO TERMO DE REFERÊNCIA QUE FUNDAMENTARÁ A CONTRATAÇÃO. DIANTE DO EXPOSTO RESSALTAMOS A DATA EXATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA CONTRATUAL É ESTIMATIVA PARA MEADOS DE ABRIL/2021

PERGUNTA 02: Favor informar se a SUDAM, está isenta do pagamento de IOF – Imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro.

R = COMO TRATA-SE DA CONTRATAÇÃO DE UM PLANO DE SAÚDE E NÃO DE UM SEGURO SAÚDE, NÃO HAVERÁ INCIDÊNCIA DE IOF SOBRE UM PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE CONTRATADO PELA SUDAM.

PERGUNTA 03: O percentual de impostos a ser retido pela SUDAM, será o total de 7,05% (referente a IR, PIS/PASEP, COFINS e CSLL) conforme Instrução Normativa RFB nº 1234 de 11/01/2012? Se negativo, favor informar o percentual e o número da Lei a ser aplicada para avaliarmos.

R = NEGATIVO, A ALÍQUOTA APLICADA NA RETENÇÃO NÃO SERÁ 7,05%.

A ALÍQUOTA SOBRE OS SERVIÇOS PRESTADOS DEPENDERÁ DO TIPO DE SERVIÇO PRESTADO, QUANTO À SUA MODALIDADE.

OS CRITÉRIOS PARA RETENÇÃO DOS TRIBUTOS FEDERAIS SÃO AQUELES DEFINIDOS NA IN RFB 1234, CAPÍTULO IX – DAS SITUAÇÕES ESPECÍFICAS, SEÇÃO XII - DOS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E ODONTOLÓGICA EM SEU ARTIGO 33º:

- 9,45%, MEDIANTE O CÓDIGO DE ARRECADAÇÃO 6190, PARA OS PLANOS DE SAÚDE E ODONTOLÓGICO.

NO CASO DE PAGAMENTO PELO CUSTO OPERACIONAL:

- 5,85%, MEDIANTE O CÓDIGO DE ARRECADAÇÃO 6147, NO CASO DE SERVIÇOS HOSPITALARES;
- 9,45%, MEDIANTE O CÓDIGO DE ARRECADAÇÃO 6190, PARA OS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA.

PERGUNTA 04: 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.

R = AS TRATATIVAS DESSAS SITUAÇÕES SEGUIRÃO AS PREVISÕES/DETERMINAÇÕES DAS RESOLUÇÕES NORMATIVAS 259 E 268 DA ANS, CONFORME DESCRITO NO ITEM 15.1.50 DO TERMO DE REFERÊNCIA.

PERGUNTA 05: Por favor ratificar o entendimento de que para o cadastro da proposta eletrônica no site, bem como para a fase de lances, deverá ser considerado o valor global para os 12 meses do contrato (Item 3 – Plano Odontológico).

R = SIM, OS LANCES PARA O LOTE 1 (ITENS 1 E 2) E PARA O ITEM 3 DEVERÃO SER OFERTADOS COMO VALOR GLOBAL PARA 12 MESES, TENDO EM VISTA QUE OS VALORES ESTIMADOS PARA O CERTAME FORAM ASSIM AFERIDOS.

PERGUNTA 06: Por favor informar operadora atual, enviar o relatório de sinistralidade do Plano Odontológico dos últimos 12 meses, separado por plano, contendo mês, nº de beneficiários, faturamento e sinistro.

R = ATUALMENTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AOS SERVIDORES DA SUDAM É ADMINISTRADO PELO PRÓPRIO ÓRGÃO, QUE CONTA SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS CONTRATADOS DIRETAMENTE PARA ATENDIMENTO AOS BENEFICIÁRIOS, NÃO EXISTE OPERADORA ODONTOLÓGICA CONTRATADA. CONSIDERANDO QUE DESDE OUTUBRO/2020 A SUDAM PRATICA VALOR FIXO MENSAL DE PARTICIPAÇÃO POR BENEFICIÁRIO (CALCULADO COM NA BASE RENDA MENSAL+FAIXA ETÁRIA PARA AS COBERTURAS MÉDICAS E ODONTOLÓGICAS, ALÉM DA CO-PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL POR UTILIZAÇÃO, CONFORME LEGISLAÇÃO PRÓPRIA E NORMATIVOS INTERNOS) NÃO SE APLICA O CÁLCULO DE SINISTRALIDADE. ESTA COBRANÇA MENSAL AOS USUÁRIOS TEM CARÁTER DE CONTRIBUIÇÃO E O SEU CÁLCULO NÃO CONSIDERA O CUSTEIO ASSISTENCIAL MENSAL. DESTACA-SE QUE A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ODONTOLOGIA NO ANO DE 2020 FOI EM TORNO DE 48% DOS 297 BENEFICIÁRIOS.

Item 5.1 do Termo de Referência:

5. DO BENEFICIÁRIO DO PLANO DE SAÚDE DA SUDAM

5.1. Nos termos da Portaria Normativa Nº 01/2017, são beneficiários do plano de assistência à saúde da Sudam:

I -Na qualidade de servidor, os inativos (aposentados) e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial da Administração Pública federal direta, suas autarquias e fundações;

PERGUNTA 07: Com intuito de garantirmos o vínculo junto à pessoa jurídica contratante, por gentileza detalhar qual a definição de beneficiário de natureza especial.

R = REGISTRAMOS QUE O TERMO DE REFERÊNCIA QUE FUNDAMENTARÁ A CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE BASEOU-SE NA PORTARIA NORMATIVA Nº 01/2017 DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, QUE EM SEU ARTIGO 5º DEFINE OS BENEFICIÁRIOS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR E TRATA NO INCISO I DOS SERVIDORES OCUPANTES DE CARGOS DE NATUREZA ESPECIAL (CNE), QUE SÃO CARGOS PÚBLICOS QUE DISPENSAM CONCURSOS PÚBLICOS PARA SUA EFETIVAÇÃO. NO BRASIL ESTES CARGOS ESTÃO VINCULADOS A ENTIDADES PÚBLICAS QUE TÊM O DIREITO DE CONTRATAR FUNCIONÁRIOS DE SUA CONFIANÇA

Item 21. do Termo de Referência:

21.DO REAJUSTE

21.2 Poderá haver reequilíbrio econômico-financeiro do contrato em função da sinistralidade, desde que devidamente demonstrado e comprovado o impacto da variação dos componentes dos custos, com as respectivas justificativas, na manutenção dos preços de contratação.

PERGUNTA 08: Cumpre esclarecer que para o reequilíbrio do contrato em função da sinistralidade, o ponto de equilíbrio será de 60%. Estão cientes e de acordo?

R = OS CRITÉRIOS DE REAJUSTE CONTRATUAL ESTÃO EXPRESSOS NO ITEM 21 DO TERMO DE REFERÊNCIA, MAIS ESPECIFICAMENTE O REAJUSTE POR SINISTRALIDADE É REFERENCIADO NO ITEM 21.2, PORÉM NÃO HÁ DEFINIÇÃO DE CONDICIONANTE VINCULANDO ESTE REAJUSTE A UM DETERMINADO PERCENTUAL DE SINISTRALIDADE, **MOTIVO PELO QUAL NÃO CONCORDAMOS COM A AFIRMATIVA.** DESTACA-SE QUE A PRÁTICA DE MERCADO ATUAL ESTABELECE COMO PONTO DE EQUILÍBRIO PARA REAJUSTE DE PLANOS DE SAÚDE A MARCA DE SINISTRALIDADE EM 70%, PORÉM O ACEITE DO REAJUSTE DEPENDERÁ DE DIVERSOS FATORES APÓS O PRIMEIRO ANO DA EXECUÇÃO CONTRATUAL, MOTIVO PELO QUAL OPTAMOS POR NÃO ESTALECER UM PERCENTUAL LIMITE DE SINISTRALIDADE PARA ESTA CONDIÇÃO.

Item 5.6 do Termo de Referência:

5.6. Após o falecimento do servidor os dependentes referidos no inciso III acima poderão permanecer no plano de assistência à saúde de que trata Termo de Referência, nas mesmas condições contratuais, mediante opção a ser efetivada junto a SUDAM.

PERGUNTA 09: Por favor ratificar o entendimento de que o item supracitado refere-se somente aos planos de saúde.

R = NOVAMENTE REGISTRAMOS QUE O TERMO DE REFERÊNCIA QUE FUNDAMENTARÁ A CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE MÉDICA E ODONTOLÓGICA DA SUDAM BASEOU-SE NA PORTARIA NORMATIVA Nº 01/2017 DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E O ITEM 5.6 CITADO, BASEOU-SE NO ARTIGO 6º DA PORTARIA QUE DIZ:

Art. 6º Após o falecimento do servidor ou do militar de ex Território, os dependentes referidos no inciso III do art. 5º desta Portaria Normativa poderão permanecer no plano de assistência à saúde de que trata esta Portaria Normativa, nas mesmas condições contratuais, mediante opção a ser efetivada junto ao órgão ou entidade de origem.

PORTANTO ESTE REGRAMENTO VALERÁ PARA TODOS OS CONTRATOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR DOS USUÁRIOS DA SUDAM.

Item 5.4 do Termo de Referência:

5.4 Equipara-se ao servidor, referido no inciso I acima, o ocupante de emprego público de órgão da Administração Pública Federal direta ou de uma de suas autarquias e fundações.

PERGUNTA 10: Por favor ratificar o entendimento de que o ocupante de emprego público mencionado no item 5.4 possui, obrigatoriamente, vínculo empregatício ou estatutário com o SUDAM, nos termos do artigo 5º da RN 195 e respectivos artigos e caso contrário, a Licitante não está obrigada em incluir/aceitar o beneficiário.

R = NOVAMENTE REGISTRAMOS QUE O TERMO DE REFERÊNCIA QUE FUNDAMENTARÁ A CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE MÉDICA E ODONTOLÓGICA DA SUDAM BASEOU-SE NA PORTARIA NORMATIVA Nº 01/2017 DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E O ITEM 5.4 CITADO, BASEOU-SE NO ARTIGO 5º, PARÁGRAFO 2º DA PORTARIA QUE DIZ:

§ 2º Equipara-se ao servidor, referido no inciso I deste artigo, o ocupante de emprego público de órgão da Administração Pública Federal direta ou de uma de suas autarquias e fundações.

DESTA FORMA, DESTACAMOS QUE O EMPREGADO PÚBLICO, IGUALMENTE AO SERVIDOR PÚBLICO, ESTABELECE VÍNCULO JURÍDICO COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, O QUE DIFERE DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO OU ESTATUTÁRIO, PORÉM, CONFORME DESCRITO NA PORTARIA, ESTE VÍNCULO PERMITE SUA EQUIPARAÇÃO PARA FINS DE ACESSO AO BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR.

Item 5.5 do Termo de Referência:

5.5.É garantido ao servidor exonerado a manutenção no plano de saúde, após a perda do vínculo com o órgão ou entidade do SIPEC, nas condições estabelecidas na legislação em vigor.

PERGUNTA 11: Por favor ratificar o entendimento que o servidor exonerado mencionado no item 5.5 deverá seguir com os parâmetros e requisitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei n. 9656/98 e regulamentado pela RN 279 da ANS.

R= O ITEM 5.5 DO TERMO DE REFERÊNCIA BASEOU-SE NA PORTARIA NORMATIVA Nº 01/2017 DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO QUE EM SEU ARTIGO 5º, PARÁGRAFO 3º DIZ:

§ 3º É garantido ao servidor e ao militar de ex-Território exonerados, a manutenção no plano de saúde, após a perda do vínculo com o órgão ou entidade do SIPEC, nas condições estabelecidas na legislação em vigor.

DESTA FORMA, ESTA MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE AO SERVIDOR EXONERADO É DISCIPLINADA PELA LEI 9656/98, NO ARTIGO 30 E SEUS PARÁGRAFOS E CONSEQUENTEMENTE PELA RESOLUÇÃO NORMATIVA 279 DA ANS.

PORÉM, DESTACAMOS QUE O ARTIGO 31 DA LEI 9656/98 NÃO TRATA DE SERVIDORES EXONERADOS, MAS SIM DE SERVIDORES APOSENTADOS, E QUE NESSE CASO O TEXTO LEGAL DIFERE DO REGULAMENTADO ATRAVÉS DA PORTARIA NORMATIVA 01/2017, QUE DIZ QUE SERVIDORES INATIVOS (APOSENTADOS) DEVERÃO TER O MESMO TRATAMENTO DOS SERVIDORES ATIVOS.

Item 5.6.4 do Termo de Referência:

5.6.4 O dependente que optar por permanecer no plano de assistência à saúde, na forma constante no item 5.5, deverá assumir integralmente seu custeio, exceto na qualidade de pensionista.

PERGUNTA 12: Por favor ratificar o entendimento que a situação do item 5.5 e consequentemente, deste item 5.6.4 se refere ao servidor exonerado ou aposentado, devendo seguir exatamente as determinações da RN 279 da ANS.

R = OS ITENS REFEREM-SE A SITUAÇÕES DIVERSAS:

- O ITEM 5.5 TRATA DA CONTINUIDADE DO PLANO DE SAÚDE AO SERVIDOR EXONERADO;

- O ITEM 5.6 E SEUS SUBITENS TRATAM DA CONTINUIDADE DO PLANO AOS DEPENDENTES DO SERVIDOR FALECIDO.

OS REGRAMENTOS PARA AMBOS OS CASOS SÃO AQUELES PREVISTOS NA PORTARIA NORMATIVA Nº 01/2017 DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO

Item 9.1.4 do Termo de Referência:

9.1.4 Caberá a operadora de saúde o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde-SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando a continuidade do atendimento.

PERGUNTA 13: Por favor confirmar o entendimento de que o item supracitado está subordinado a RN 347/2014 da ANS e suas diretrizes.

R = NÃO SE CONFIRMA ESTA INFORMAÇÃO.

A RESOLUÇÃO NORMATIVA 347/2014 DA ANS NÃO TRATA DA MESMA CONDIÇÃO:

"Dispõe sobre a cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência."

A REMOÇÃO PREVISTA NO ITEM 9.1.4 SERÁ APLICADA AOS BENEFICIÁRIOS QUE ESTIVEREM EM CUMPRIMENTO DE CARÊNCIA CONTRATUAL.

Item 12.1.4.2 do Termo de Referência:

12.1.4.É assegurada a inclusão:

12.1.4.1.do recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor ativo ou inativo (aposentado), isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento;

12.1.4.2.do filho adotivo, nas mesmas condições do filho biológico previstas no item 5 deste Termo de Referência, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, ativo ou inativo (aposentado), adotante.

PERGUNTA 14: Por favor ratificar o entendimento que a inscrição do filho adotivo, como dependente, aproveitando-se os períodos de carência já cumpridos pelo titular, deve também estar condicionado ao prazo máximo de 30 dias da adoção.

R = RATIFICAMOS O ENTENDIMENTO/INFORMAÇÃO.

Item 12.3.9 do Termo de Referência:

12.3.9 É garantido aos servidores exonerados a manutenção no plano de saúde, após a perda do vínculo com a SUDAM, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

PERGUNTA 15: Por favor ratificar o entendimento que a previsão do item 12.3.9 deve seguir a RN 279 da ANS (demitidos e exonerados sem justa causa e aposentados).

R = RATIFICAMOS O ENTENDIMENTO/INFORMAÇÃO.

NESTA CONDIÇÃO PREVALECERÃO AS PREVISÕES LEGAIS NO ARTIGO 30 DA LEI 9656/1998, ARTIGO 4º DA RN 279/2011 DA ANS E O ARTIGO 5º, PARÁGRAFO 3º DA PORTARIA NORMATIVA 01/2017 DO MPOG.

Item 25.1.6 do Termo de Referência

25.DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1.6 Em caso de divergência médica/odontológica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica/odontológica no prazo máximo de quarenta e oito horas, contadas da formalização do processo;

PERGUNTA 16: De acordo com a RN 424 da ANS, que prevê as regras para realização de Junta Médica, o prazo determinado para realização deste processo, ou seja, desde a entrada do pedido até a conclusão da Junta Médica, segue os prazos da RN 259, artigo 3º da ANS. Neste sentido, pedimos confirmar que a operadora poderá seguir os prazos previstos na RN 424 e 259 da ANS?

R = OS PRAZOS DEFINIDOS NA RN 259/2011 DA ANS, EM SEU ARTIGO 3º, SÃO OS LIMITES MÁXIMOS PARA A REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS COBERTOS/ATENDIDOS PELO PLANO DE SAÚDE. O ITEM 25.1.6 DO TERMO DE REFERÊNCIA DIZ RESPEITO AO PRAZO MÁXIMO PARA A INSTAURAÇÃO DA JUNTA MÉDICA/ODONTOLÓGICA QUE IRÁ DIRIMIR EVENTUAIS CONFLITOS, CONFORME OS DITAMES DA RN 424/2017 DA ANS. DESTACA-SE QUE A RN 424/2017 É OMISSA QUANTO A DEFINIÇÃO DE PRAZO LIMITE PARA INSTAURAÇÃO DA JUNTA MÉDICA, PORTANTO CONFIRMAMOS QUE A OPERADORA DE SAÚDE/ODONTOLÓGICA CONTRATADA DEVERÁ SEGUIR OS PRAZOS LIMITES PREVISTOS NAS RN's 259/2011 E 424/2017 DA ANS PARA A REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS E O PRAZO DE 48h APÓS A FORMALIZAÇÃO DO PROCESSO PARA INSTAURAÇÃO DA JUNTA MÉDICA.

Item 15.1.11 do Termo de Referência

15.1.11. Fornecer, gratuitamente, credencial / cartão de identificação personalizado a cada um dos beneficiários, contendo, no mínimo, o nome do Órgão, nome do beneficiário, tipo de plano, as carências e a validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, assegure o direito à utilização do benefício;

PERGUNTA 17: Cumpre esclarecer que os cartões de identificação seguem o padrão de informação da Contratada, o que assegura o atendimento dos segurados. Estão cientes e de acordo?

R = DISCORDAMOS DA AFIRMATIVA, AS INFORMAÇÕES MÍNIMAS QUE DEVERÃO CONSTAR NO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DO BENEFICIÁRIO DO PLANO DE

SAÚDE/ODONTOLÓGICO ESTÃO DESCRITAS NO ITEM 15.1.11 DO TERMO DE REFERÊNCIA.

Item 15.1.11 do Termo de Referência

12. DA INCLUSÃO, CARÊNCIAS E EXCLUSÃO

12.3.4. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal, ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º da Lei nº 8.112/1990, alterada pelo art. 9º da Lei 11.302/2006, em consonância com a Norma do PROAS da SUDAM vigente.

PERGUNTA 18: Cumpre esclarecer que a cobrança dos segurados ativos supracitados no item 12.3.4 é realizada diretamente ao Órgão. Estão cientes e de acordo?

R = NÃO CONCORDAMOS COM A AFIRMATIVA.

O SERVIDOR QUE ESTIVER EM LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO, EM AFASTAMENTO LEGAL OU TEMPORARIAMENTE SUSPENSO NÃO TERÁ PROVENTOS A RECEBER DA SUDAM, IMPOSSIBILITANDO QUE O ÓRGÃO EFETUE O DESCONTO DO PLANO DE SAÚDE.

- NA PRÁTICA A SUDAM FARÁ UM COMUNICADO FORMAL À OPERADORA DE SAÚDE REGISTRANDO PREVIAMENTE QUE A PARTIR DE DETERMINADA DATA O SERVIDOR DEIXARÁ DE RECEBER SEUS PROVENTOS PELO ÓRGÃO (SE HOUVER DEFINIÇÃO PRÉVIA DE PERÍODO SERÁ INFORMADA DATA INÍCIO E A DATA FIM DESTA CONDIÇÃO), ALÉM DO REGISTRO DO INTERESSE DO SERVIDOR NA MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE E DE SEUS DEPENDENTES.

- A PARTIR DESTES COMUNICADOS A OPERADORA DE SAÚDE DEVERÁ ADOTAR O SEU MECANISMO DE COBRANÇA DIRETAMENTE AO BENEFICIÁRIO, ADOTANDO AS ROTINAS DE COBRANÇA, PAGAMENTO E INADIMPLÊNCIA PREVISTAS EM LEI.

Item 15.1.13 do Termo de Referência

15.1.13. No caso de inclusão, alteração e/ou cadastramento, nos limites de prazos fixados nos itens “a”, “b” e “c” acima, não impedirá o atendimento, devendo ser fornecida uma identificação provisória, até que seja fornecido o Cartão de Identificação.

PERGUNTA 19: Cumpre esclarecer que a confecção dos cartões de identificação do plano será de 15 dias e os cartões virtuais poderão ser utilizados em até 48 horas após a inclusão do beneficiário. Estão cientes e de acordo?

R = DISCORDAMOS DA AFIRMAÇÃO ACIMA.

- NO ITEM 15.1.12 DO TERMO DE REFERÊNCIA ESTÁ ESTABELECIDO COMO PRAZO LIMITE 10 (DEZ) DIAS ÚTEIS PARA A ENTREGA DOS CARTÕES DE IDENTIFICAÇÃO.

- OS PRAZOS PARA ATENDIMENTO ASSISTENCIAL DEVEM SEGUIR IMPRETERIVELMENTE AQUELES DETERMINADOS PELA RN 259/2011 DA ANS, EM SEU ARTIGO 3º.

- CONFORME O ITEM 15.1.13, NÃO HÁ IMPEDIMENTO PARA QUE A IDENTIFICAÇÃO PROVISÓRIA SEJA REALIZADA ATRAVÉS DE CARTÃO VIRTUAL, DESDE QUE SUA UTILIZAÇÃO NÃO COMPROMETA OS PRAZOS ASSISTENCIAIS NORMATIZADOS.

Item 15.1.19 do Termo de Referência

15.1.19. Os profissionais e/ ou instituições relacionadas na Rede credenciada deverão estar dimensionados adequadamente para o cumprimento de todos os procedimentos constantes deste Termo de Referência. Havendo descredenciamento por iniciativa da operadora de saúde contratada ou dos profissionais de estabelecimentos relacionados na rede credenciada, a substituição deverá ser efetuada por profissional/estabelecimento de qualificação equivalente, com o mesmo padrão de qualidade ou superior e mediante comunicação à Contratante com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sendo que para os casos de tratamentos já iniciados deverá ser garantida pela operadora de saúde contratada a sua continuidade com o mesmo profissional, até o seu término, salvo acordo prévio com o beneficiário/paciente.

PERGUNTA 21: Cumpre esclarecer que a Contratante segue as determinações da RN 365/2014 e suas diretrizes. Estão cientes e de acordo?

R= O TERMO DE REFERÊNCIA QUE FUNDAMENTARÁ A CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE/ODONTOLÓGICO PARA A SUDAM BASEOU-SE TAMBÉM NA RN 365/2014, MOTIVO PELO QUAL **ESTAMOS DE ACORDO COM A AFIRMATIVA.**

RESSALVAMOS QUE O TEXTO NORMATIVO É OMISSO QUANTO A CONTINUIDADE DE TRATAMENTO JÁ INICIADO, COM O MESMO PROFISSIONAL, CASO TENHA SIDO DESCREDENCIADO DO PLANO. NESSE CASO FICA MANTIDA A CONDIÇÃO ESTABELECIDADA NO TERMO DE REFERÊNCIA.

Item 1.1 Objeto do Termo de Referência

Plano C - Assistência odontológica ambulatorial com abrangência no município de Belém/PA e sua região metropolitana e assistência odontológica emergencial com atendimentos nacional, contratados por preço unitário, nos termos da Lei nº 9.656/1998. Observando-se as disposições da Portaria Normativa Nº 1, de 9 de março de 2017, da Secretaria de Gestão Pessoas e Relações do Trabalho no Serviço Público do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão e o disposto na Lei nº 8.666/1993.

PERGUNTA 22: Por favor ratificar o entendimento que a abrangência do atendimento assistência odontológica seguirá Conforme a Resolução Normativa RN nº 259/2011, da ANS, alterada pela Resolução Normativa RN 268/2011, da ANS. Estão cientes e de acordo?

R= A RN 259/2011 ALTERADA PELA RN 268/2011 DA ANS ESTABELECE EM SEU ARTIGO 1º, PARÁGRAFO 1º, ALÍNEA I AS ÁREAS GEOGRÁFICAS POSSÍVEIS PARA AS CONTRATAÇÕES DE PLANO DE SAÚDE/ODONTOLÓGICO:

I - Área Geográfica de Abrangência: Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, **podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios;**

DESTA FORMA O TEXTO DO ITEM 1.1 DO TERMO DE REFERÊNCIA ESTÁ CONDIZENTE COM A NORMA, MOTIVO PELO QUAL **CONCORDAMOS COM A AFIRMATIVA.**

Item 15.1.53 do Termo de Referência

15.1.53. Caso seja opção do beneficiário a utilização de recursos não credenciados, desde que constem no Rol da ANS, será oferecido reembolso de 1 vez a tabela da operadora;

PERGUNTA 23: Por favor ratificar o entendimento que referente ao item supracitado Contratante seguirá Conforme a Resolução Normativa RN nº 259/2011. Estão cientes e de acordo?

R = O ITEM 15.1.53 ESTÁ CONDIZENTE COM A RN 259/2011 DA ANS, MOTIVO PELO QUAL CONCORDAMOS COM A AFIRMATIVA.

Itens 16.1.2 e 16.1.3 do Termo de Referência

16.1.2. Havendo negativa de autorização para realização do procedimento e/ou serviço solicitado por profissional de saúde devidamente habilitado, a operadora deverá informar ao beneficiário detalhadamente, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique. O beneficiário, sem qualquer ônus, poderá requerer que as informações prestadas na forma do caput sejam reduzidas a termo e lhe encaminhadas por correspondência ou meio eletrônico, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, conforme preconiza o artigo 10 da Resolução Normativa Nº 395/2016, da ANS.

16.1.3. O beneficiário, sem qualquer ônus, poderá requerer que as informações prestadas na forma sejam reduzidas a termo e lhe encaminhadas por correspondência ou meio eletrônico, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, devendo-se considerar o horário de funcionamento da operadora Contratada.

PERGUNTA 24: Por favor ratificar o entendimento que referente ao item supracitado a Contratante seguirá Conforme a Resolução Normativa RN nº 389/2015. Estão cientes e de acordo?

R = DISCORDAMOS DA AFIRMATIVA.

- OS ITEM 16.1.2. E 16.1.3 DO TERMO DE REFERÊNCIA FORAM EXTRAÍDOS DA RN 395/2016 DA ANS QUE TRATA DAS “SOLICITAÇÕES DE PROCEDIMENTOS E/OU SERVIÇOS DE COBERTURA ASSISTENCIAL APRESENTADOS PELOS BENEFICIÁRIOS, EM QUALQUER MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO”.

- A RN 389/2015 POR SUA VEZ TRATA DA “OBRIGATORIEDADE DA DISPONIBILIZAÇÃO DO CONTEÚDO MÍNIMO OBRIGATÓRIO DE INFORMAÇÕES REFERENTES AOS PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE NO BRASIL”.

DESTA FORMA SÃO ASSUNTOS DISTINTOS TRATADOS NAS DUAS RN’S.

Itens 25.1.5 do Termo de Referência

25.1.5. Nos casos em que a operadora estabelecer autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, contado da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência;

PERGUNTA 25: Cumpre esclarecer que para os planos odontológicos haverá autorização prévia no prazo de 48 horas. Estão cientes e de acordo?

R = FICAM DETERMINADOS OS PRAZOS PREVISTOS PARA ATENDIMENTO ASSISTENCIAL CONFORME O ARTIGO 3º DA RN 259/2011.

SE O FORNECIMENTO DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA NÃO COMPROMETER OS PRAZOS LEGAIS, CONCORDAMOS COM A AFIRMATIVA.

Itens 25.1.5 do Termo de Referência

15.2.3. Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos em observância às normas legais e regulamentares aplicáveis da ANVISA e do Conselho Regional de Odontologia do Estado do Pará (CRO-PA).

PERGUNTA 26: A Operadora está sediada no município de São Paulo, não sendo titular de qualquer estabelecimento localizado no território sob jurisdição de qualquer outro Conselho Regional além do CRO/SP, desta forma por favor ratificar o entendimento que os serviços prestados dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos em observância às normas legais e regulamentares aplicáveis da ANVISA e do Conselho Regional de Odontologia do Estado de São Paulo.

R = RATIFICAMOS O ENTENDIMENTO.

Item 18.10 e 18.10.1 do Edital:

18.10. Para fins de habilitação neste Pregão, o licitante deverá apresentar, ainda:

- b) Declaração de Elaboração Independente de Proposta
- c) Declaração de Inexistência de Fato Superveniente;
- d) Declaração de Menor
- e) Declaração de não Utilização de Trabalho Degradante ou Forçado
- f) Declaração de Acessibilidade
- g) Declaração de Cota de Aprendizagem

18.10.1. As declarações constantes no subitem 18.10, letras “b”, “c”, “d”, “e”, “f” e “g” devem ser encaminhadas no momento da elaboração e envio de proposta pelo Sistema, na forma prevista neste Edital

PERGUNTA 27: Por favor esclarecer se a Licitante deverá anexar as declarações junto aos documento de habilitação no Sistema ComprasNet ou somente deverá assinalar “sim” ou “não” em campo próprio do sistema eletrônico.

R= CABE ESCLARECER QUE O ITEM 4.5 DO EDITAL TRATA DOS PROCEDIMENTOS EXIGIDOS NO PORTAL A RESPEITO DAS DECLARAÇÕES A SEREM ASSINALADAS, E QUE O ITEM 18.10 ESTÁ APENAS REITERANDO O CUMPRIMENTO DESSES QUESITOS, QUE SE MATERIALIZAM NAQUELE ATO ANTERIOR. NÃO HÁ DUPLICIDADE DE DOCUMENTAÇÃO A SER ENVIADA. O ITEM 18.10.1 ESCLARECE A QUESTÃO.

Atenciosamente,

IVAN LIMA ARAUJO

Analista Técnico Administrativo

Seção de Atividades Administrativas Auxiliares - SAD

Coordenação de Gestão Administrativa - CGA

Fones: (91) 4008-5697 / (91) 4008-5551 / (91) 98713-5442

ivan.araujo@sudam.gov.br

