

**2º CADERNO DE PERGUNTAS E RESPOSTAS  
EDITAL PREGÃO N.º 017/2009**

1) Todos os beneficiários estimados estão cobertos por algum plano de saúde atualmente? Inclusive os dependentes agregados?

RESPOSTA: **Sim.**

1.1 Se afirmativo, quem é o prestador dos serviços, a que preços e há quanto tempo?

RESPOSTA: **Entendemos que para a elaboração da proposta não é necessário o conhecimento da atual operadora.**

1.2 Qual a sinistralidade do contrato atual nos últimos 12 (doze) meses?

RESPOSTA: **A sinistralidade média dos últimos 12 meses é de 88,78%.**

1.3 Podemos obter relação contendo o número de beneficiários afastados, internados e em tratamento continuado, se houverem, com as respectivas "CID'S" – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

RESPOSTA: **3 internados; 1 em tratamento continuado; 5 afastados. A CID é uma informação confidencial.**

1.4 Qual a distribuição geográfica dos beneficiários estimados, especialmente considerando as localidades listadas no subitem 4.2 do Anexo I do Edital.

RESPOSTA: **A distribuição geográfica atualmente é a seguinte:**

<b>Localidade</b>	<b>QTD</b>
<b>Brasília / DF</b>	<b>22</b>
<b>Campinorte / GO</b>	<b>1</b>
<b>Colinas / TO</b>	<b>1</b>
<b>Imperatriz / MA</b>	<b>19</b>
<b>Palmas / TO</b>	<b>1</b>
<b>Porangatu / GO</b>	<b>1</b>
<b>Rio de Janeiro / RJ</b>	<b>202</b>
<b>São Luis / MA</b>	<b>3</b>
<b>Uruaçú / GO</b>	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>252</b>

**Obs.: Estimamos que no decorrer do Contrato sejam alocadas outras 28 pessoas, entre empregados contratados e dependentes, totalizando 280 beneficiários.**

1.5 Quem são os beneficiários classificados como agregados?

**RESPOSTA: Os agregados são pai e mãe, desde que constem como dependentes no imposto de renda do empregado.**

2) Qual o valor e/ou o percentual pago pela VALEC e/ou pelos beneficiários para o custeio do plano?

**RESPOSTA: A contribuição dos servidores é variável, porém, o pagamento é 100% feito pela Valec.**

2.1 O preço unitário médio deve ser o mesmo, inclusive para os agregados?

**RESPOSTA: Sim.**

2.2 Quem custeia o plano dos agregados?

**RESPOSTA: O pagamento de todo o plano é de inteira responsabilidade da VALEC**

3) No Anexo I do Termo de Referência, a planilha apresenta os beneficiários estimados por faixa etária, categoria (titulares e dependentes) e sexo, num total de 280 vidas. Questiona-se:

3.1 Entre os dependentes ali registrados já estão incluídos os Agregados?

**RESPOSTA: Sim.**

3.2 Se afirmativo é correta a nossa interpretação de que agregados são genitores dependentes econômicos do titular?

**RESPOSTA: Sim.**

3.3 Se negativo, quantos são os agregados que fazem parte do plano atual e/ou os estimados, detalhados por distribuição geográfica, faixa etária e por sexo?

3.4 Da mesma forma, podemos entender que os maridos e/ou companheiros que não sejam inválidos e nem dependam economicamente da titular são considerados agregados?

4) É correto o nosso entendimento de que devemos apresentar a proposta para um único Plano nacional, com acomodação em apartamento e despesas do acompanhante, de livre escolha dos prestadores de serviços, inclusive fora da rede credenciada, com direito a reembolso de acordo com os múltiplos da Tabela da Contratada registrados nos subitens 4.7 e 4.8 do termo de referência?

**RESPOSTA: Sim.**

5) É correto o nosso entendimento de tanto o quantitativo mínimo de especialidades exigido no subitem 6.1, quanto à rede credenciada em todas as localidades especificadas no subitem 4.2 do Termo de Referência podem ser completadas até a assinatura do contrato?

**RESPOSTA: Sim.**

5.1 E que, nestes casos, enquanto a rede não estiver completa, prevalece a exigência de reembolso integral das despesas por ventura efetuadas pelos beneficiários?

RESPOSTA: **Sim.**

6) É correto o nosso entendimento de que o valor unitário de R\$ 580,00 (quinhentos e oitenta reais) é uma mera estimativa não se configurando como preço máximo admitido no Pregão?

RESPOSTA: **Não. O valor unitário de R\$ 580,00 (quinhentos e oitenta reais) é o valor máximo admitido no Pregão.**

7) A que legislação específica a CLÁUSULA DÉCIMA – TERCEIRA – REAJUSTAMENTO – da minuta de contrato está se referindo?

RESPOSTA: **Considerando que os planos de assistência médica são regulados pela Agência Nacional de Saúde – ANS, a cláusula décima – reajustamento da minuta do contrato refere-se às leis por ela emanadas sobre reajuste de preço.**

8) É correto o nosso entendimento de que, além do reajuste previsto no Edital e a ser esclarecido, conforme acima, é possível, se for o caso, a repactuação de preços em função da sinistralidade, objetivando o reequilíbrio econômico-financeiro do contrato conforme preceitua a Lei nº 8.666/93?

RESPOSTA: **Sim, desde que provado os motivos ensejadores do desequilíbrio, em consonância com o dispositivo na Lei nº 8666/93.**

9) É correto o nosso entendimento de as coberturas previstas são de acordo com os parâmetros definidos pela ANS?

RESPOSTA: **Sim.**

10) Para que possamos elaborar uma proposta de preços que atenda as exigências constantes no instrumento convocatório, necessitamos das seguintes informações:

Qual o valor, (em percentual ou em reais) de contribuição da VALEC no pagamento da mensalidade do plano de saúde?

RESPOSTA: **O pagamento do plano é de inteira responsabilidade da VALEC.**

Qual a distribuição geográfica por UF do número total de beneficiários estimados?

RESPOSTA: **A distribuição geográfica atualmente é a seguinte:**

Localidade	QTD
Brasília / DF	22
Campinorte / GO	1
Colinas / TO	1
Imperatriz / MA	19

Palmas / TO	1
Porangatu / GO	1
Rio de Janeiro / RJ	202
São Luis / MA	3
Uruaçu / GO	2
TOTAL	252

11) Podemos entender que a previsão de desclassificação por preço superior ao estabelecido do Edital constante do item 9.1 do Edital só ocorrer após o esgotamento das fases de lances e negociação?

RESPOSTA: **Sim.**

12) De acordo com o item 7.2 do Termo de Referência caso a contratada não tenha credenciamento com algumas especialidades devida reembolsar o valor pago pelo beneficiário de acordo com a tabela da Contratada, assim podemos entender que essa espécie de reembolso se aplica à falta de credenciamento nas especialidades do item 6 do mesmo termo?

RESPOSTA: **Não.**

13) De acordo com o item 4.7 do Termo de Referência deverá ser assegurado o reembolso integral das despesas médicas integral, o mínimo sendo 02 (duas) vezes a tabela contratada. Da mesma forma o item 4.8 do mesmo termo estabelece que para as despesas hospitalares o mínimo será 2,5 (duas e meia) vezes a tabela da contratada. Assim, indagamos: esse mínimo só deverá ser assegurado quando o valor despendido pelo beneficiário for igual ou superior a essa limitação?

RESPOSTA: **O reembolso deverá ser integral quando menor ou igual ao mínimo estabelecido.**

14) De acordo com a Cláusula Décima Terceira da Minuta do Contrato o contrato oriundo desse certame será reajustado, anualmente, de acordo lei específica que rege a matéria. Assim, podemos entender que tendo em vista que os contratos de assistência à saúde suplementar são regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão competente para divulgar os índices de reajustes dos contratos que têm como objeto contratação de planos de saúde a presente contratação será reajustada anualmente de acordo com os índices divulgados pela ANS? Como também que a repactuação será de acordo com a sinistralidade do contrato, ou seja, se o mesmo apresentar sinistralidade superior a 75% poderá ser repactuado, tendo em vista que essas disposições são as praticadas nos contratos que têm como objeto prestação de serviços de saúde suplementar?

RESPOSTA: **Considerando que os planos de assistência médica não regulada pela Agência nacional de saúde – ANS, o reajustamento de preços será determinado pelo referido órgão, sendo aplicado a partir de 1(um) ano da apresentação da proposta. A repactuação somente será cabível se, comprovadamente, tiverem ocorrido fatos imprevisíveis ou previsíveis porém de conseqüências incalculáveis, retardadoras ou impeditivas da execução do ajustado (art. 65, inciso II, letra “d”, da lei N° 8.666/93.**

15) Podemos entender que só haverá desclassificação da propostas por preços superiores ao limite do Edital, conforme disposto no item 9.1 do Edital , após a conclusão das fases de lances e negociação?

RESPOSTA: **Sim.**

16) Podemos entender que a previsão de reembolso na falta de atendimento para algumas especialidades também se aplica as exigências do item 6 do Termo de Referência?

RESPOSTAS: **Sim.**

17) De acordo com a Cláusula Décima terceira da Minuta do Contrato o reajuste do referido do contrato será de acordo com o índice de divulgação pela ANS que é órgão que regulamenta as contratações que tem como objeto prestação de serviços de assistência a saúde. Como também, que além desse reajuste será permitida a repactuação, quando o contrato apresentar índice de sinistralidade superior a 75% (setenta e cinco por cento), uma vez que nas contratações de plano de assistência a saúde essa repactuação é imprescindível para manter o equilíbrio econômico e financeiro do contrato?

RESPOSTA: **Considerando que os planos de assistência médica não regulada pela Agencia nacional de saúde – ANS, O reajustamento de preços será determinado pelo referido órgão, sendo aplicado a partir de 01 (um) ano da apresentação da proposta. A repactuação somente será cabível se, comprovadamente, tiverem ocorrido fatos imprevisíveis ou previsíveis, porém de conseqüências incalculáveis, retardadoras ou impeditivas da execução do ajustado (art. 65, inciso II, letra “d”, da lei N° 8.666/93.**

18) Pela distribuição geográfica dos beneficiários estimados, observamos que os municípios de Goiânia (GO), Anápolis (GO), Campo Limpo (GO), Petrolina (GO), Rianápolis (GO), Alvorada (TO), Guaraí (TO), Gurupi (TO), Miracema (TO) e Tupirantins (TO) não têm beneficiários apesar de estarem registrados como municípios onde se exige, especificamente, rede credenciada. Podemos saber a razão?

RESPOSTAS: **A exigência se dá pelo fato da Valec possuir frentes de trabalhos (canteiros de obras) nesses Municípios.**

19) Em relação ao custeio do Plano, entendemos que a responsabilidade do pagamento é da VALEC, mas que há uma participação diferenciada dos beneficiários. Podemos saber qual é, em média, a participação da VALEC e a dos beneficiários, seja em valores médios seja em percentual médio?

1) RESPOSTAS: **A média de contribuição dos empregados é de 21%.**

20) A resposta 9 confirma que as coberturas previstas estão de acordo com os parâmetros da ANS, no entanto, estão previstos transplantes que não constam do rol da ANS, tais como, de coração, pulmão, pâncreas e fígado. Como o mesmo dispositivo (4.5) prevê a prévia autorização da Contratada podemos entender que são procedimentos facultativos e/ou que podem ser objeto de negociação para custeio à parte?

**RESPOSTA: Negativo, não se tratam de procedimentos facultativos e não são passíveis de negociação a parte, o termo de referência anexo do edital de pregão nº 17/2009 é bem claro no item 4, "a cobertura dos serviços deverá atender aos limites mínimos estabelecidos no Rol de Procedimentos da ANS, lei nº 9.656/98 e Legislação Complementar, bem como nas condições abaixo discriminadas: entre estas, o item 4.5 que trata da cobertura contratual para: Transplantes, de coração, pulmão, rins, córnea, pâncreas, medula óssea e fígado, bem como despesas com doador vivo, Implantes e fornecimento de Próteses e Órteses, marcapasso e stent, ligadas ao ato cirúrgico mediante autorização prévia da CONTRATADA.**

21) Apenas 1 (um) Plano deve ser apresentado- nacional livre escolha?

**RESPOSTA: Sim.**

22) O item 18.1 do Edital dispõe que "O pagamento será efetuado mensalmente, pela CONTRATANTE, através de ordem bancária a favor da CONTRATADA, em até 5 (cinco) dias úteis, mediante apresentação da nota fiscal / Fatura devidamente atestada pelo gestor do contrato, acompanhada dos comprovantes de regularidade fiscal da empresa contratada".

a) Nesse Sentido, é correto nosso entendimento de que CONTRATADA poderá indicar sua conta bancária?

**RESPOSTA: Sim.**

b) Qual a data do pagamento da fatura?

**RESPOSTA: Data a ser definida pelas partes, de acordo com a assinatura do contrato**

c) A Multa prevista no item 16 do Edital será aplicada na hipótese de atraso ou não pagamento da fatura CONTRATANTE a CONTRATADA?

**RESPOSTAS: Não. Atraso no pagamento por culpa da CONTRATANTE está definido no item 14.2. da minuta do Contrato.**

23) Dispõe o item do Termo de Referência dispõe sobre a quantidade mínima de prestadores da rede referenciada para diversas especialidades.

23.1) Item 8 BIÓPSIA – Considerando que biópsia é um exame complementar solicitado em várias especialidades, podemos enquadrá-la nas diversas especialidades cirúrgicas incluídas no Rol de procedimentos médicos da ANS?

**RESPOSTAS: Sim**

23.2) Item 23 CIRURGIA REFRACTIVA PARA GRAU MAIOR – Considerando, que o item 4.1 do contrato estabelece que as coberturas deverão atender os requisitos da lei 9.656/98 e legislação complementar, é que o Rol de procedimentos médicos da ANS estabelecida na Resolução Normativa N° 167 estabelece limite de grau igual ou maior que 7 uni ou bilateral para realização de cirurgia refrativa, necessário Esclarecer:

a) É correto o entendimento da CONTRATADA de que a cobertura prevista no item 1 do subitem 6.1 do Termo de referência “cirurgia refrativa para grau maior”. Está limitada a citada regra?

RESPOSTA: **Sim**

b) Quanto á quantidade mínima de prestadores da rede poderemos enquadrá-la como procedimento Oftalmológico?

RESPOSTAS: **Sim**

23.3) Item j.13) “cirurgia bariátrica – Considerando que o Rol de Procedimentos médicos, anexo a RN 167, estabelece requisitos mínimos para realização da cirurgia bariátrica é correto o entendimento da CONTRATADA de que a cobertura dependerá do atendimento integral dos requisitos ali estabelecidos?

“ANEXO RN 167 DA ANS GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MÓRBIDA ( CIRURGIA BARIÁTRICA) – DE ACORDO COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO Cobertura Obrigatória em caso de :

Portadores de Obesidade mórbida com IMC (índice de massa Corpórea) igual ou maior do que 40 kg / m<sup>2</sup> , sem co-morbidades e que não responderam ao tratamento conservador (dieta, psicoterapia, atividade física, etc.), realizado durante pelo menos dois anos.

Portadores de obesidade mórbida com IMC igual ou maior do que 40 kg / m<sup>2</sup> com co-morbidade que ameaçam a vida.

Pacientes com IMC entre 35 e 39,9 kg/m<sup>2</sup> portadores de doenças crônicas desencadeada ou agravadas pela obesidade (diabéticos, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doenças Coronariana, osteo-artrites e outras).

RESPOSTAS: **Sim**

23.4) Item r) “remoção terrestre em ambulância ou CTI móvel, nos casos de urgência e emergência, inclusive serviços de remoção aérea, em todo o território nacional, para casos em que haja Indicação médica, através de aeronaves equipadas com UTI”.

“Remoção do segurado

Em caso de doenças súbitas ou acidente, após os primeiros socorros terem sido prestados, se houver necessidade de remoção para hospital melhor equipado ou, após alta médica para residência do segurado, a assistência 24 horas organizará os contatos entre a equipe médica e o estabelecimento hospitalar em que o segurado estiver para realizar a remoção.

Nenhum outro motivo, que não o da estrita necessidade médica, poderá determinar a remoção do segurado, bem como a escolha do meio de transportes.

A remoção terá início após o recebimento de liberação formal e por escrito do médico responsável ou do serviço hospitalar do local onde o segurado estiver hospitalizado.

Se a decisão médica for remover o segurado para hospital melhor equipado, a assistência 24 horas contratará e assumirá as despesas com o traslado até o estabelecimento de saúde mais próximo, com infraestrutura adequada, cabendo ao familiar ou a quem solicitar o serviço, a reserva e a confirmação da disponibilidade da vaga no hospital de destino.

A remoção do segurado será realizada com início a partir do estabelecimento hospitalar que prestou os primeiros socorros. O trajeto até o hospital de destino não poderá ser superior à distância entre o local do acidente e a cidade de residência do segurado titular.

As despesas médicas de hospitalização, diagnóstico, terapia e medicamentos, não cobertas pelo seguro Saúde, correrão por conta do segurado."

- a) É correto o entendimento da CONTRATADA de que a remoção aérea está regulada pela regra acima?

RESPOSTAS: **Sim**

24) O Item 6.1 do Termo de Referência – REDE CREDENCIADA estabelece a quantidade mínima de prestadores para atendimento a diversas especialidades. Considerando que a rede referenciada é dinâmica, eventuais reduções de prestadores poderão ser supridas pelo reembolso das despesas, caso o segurado não consiga atendimento naquelas especialidades?

RESPOSTA: **Não. A quantidade mínima exigida deverá ser mantida.**

25) Dispõe a Cláusula 10.1 da minuta de contrato que: O prazo só presente no Contrato será de 12 (doze) meses, contado a partir da data de publicação do seu resumo no D.O. U, podendo ser prorrogada, a critério da CONTRATANTE, nos termos do art. 57, Inciso II da Lei nº 8.666/93. É correto o entendimento de que a prorrogação dependerá de concordância prévia da CONTRATADA? Qual o prazo para manifestação da CONTRATADA quanto ao interesse na prorrogação?



**RESPOSTA: Sim. O prazo será definido no momento da solicitação de prorrogação do contrato.**

**Brasília, 11 de setembro de 2009.**

**CLEILSON GADELHA QUEIROZ**  
Gerente de Licitações e Contratos

*Original Assinado no Processo*