

À.

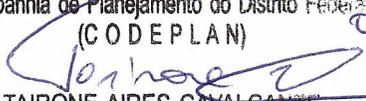
COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL - CODEPLAN

PREGÃO PRESENCIAL Nº 09/2012
PROCESSO Nº 121.000.209/2011

OBJETO: "Contratação de empresa especializada na prestação de serviços privados de assistência à saúde, em rede nacional, envolvendo as áreas médico-hospitalares, laboratorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, inclusive inter-nações, para empregados da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) e seus dependentes, conforme Anexo Único – ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO, cujas especificações e demais elementos pertinentes encontram-se estabelecidos nos Anexos I a V que integram este Edital".

ABERTURA: 17/08/2012 ÀS 10:00 HS.

REF.: SOLICITAÇÃO DE ESCLARECIMENTOS

Recebido em 15/08/12
Companhia de Planejamento do Distrito Federal
(CODEPLAN)
121.000.209/2011

TAIRONE AIRES CAVALCANTE,
Pregoeiro
Matr.: 3438-X

Prezados Senhores da Comissão de Licitações,

A UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A, com sede na Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366, Cerqueira César, na cidade de São Paulo, CEP 01410-901, inscrita no CNPJ sob o nº 04.487.255/0001-81, por seus representantes legais infra-assinados, interessada em participar deste processo licitatório, vem à presença de V.Sas., solicitar **ESCLARECIMENTOS** sobre as disposições contidas no ato de convocação epigrafado, conforme adiante se especifica:

O referido Edital em seu **item 10 – DO CONTRATO** dispõe:

10.1. Será obrigatória a assinatura do Termo de Contrato nos casos previstos na Lei Federal nº 8.666/93, quando a interessada será convocada para assinar o respectivo instrumento, dentro do prazo e condições estabelecidas, sob pena de decair do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas na Lei de Licitações e alterações subsequentes e neste Edital. (grifo nosso)

PERGUNTA 1: O contrato poderá ser retirado por um representante legal ou enviado através de e-mail para colhimento de assinaturas e atendimento ao prazo estabelecido?

O referido Edital em seu **item 11 – DA VIGÊNCIA DO CONTRATO** dispõe:

11.1. O Contrato terá vigência inicial de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua assinatura, prorrogável por iguais e sucessivos períodos até completar o limite de 60 (sessenta) meses, conforme disposto no Art. 57, inciso II, da Lei n.º 8.666/93. (grifo nosso)

PERGUNTA 2: Após 12 (doze) meses o contrato poderá ser revisto em função da sinistralidade, na hipótese de ultrapassar o percentual máximo previamente definido de 70% (setenta por cento), que caracterizará o desequilíbrio econômico-financeiro do contrato, considerando a relação entre as mensalidades pagas pela CONTRATANTE e os sinistros pagos pela CONTRATADA em conjunto com o reajuste anual. Tal procedimento será aceito pelo órgão?

O referido Edital em seu **item 12 – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA** dispõe:

12.4 Elaborar, sempre que solicitado pela Contratante, relatórios gerenciais e/ou técnicos referentes aos serviços produzidos, os quais deverão ser entregues no prazo máximo de dois dias úteis a contar da solicitação. (grifo nosso)

Entretanto, cumpre-nos esclarecer que a ANS exige a privacidade das informações médicas relativas ao histórico assistencial dos pacientes vinculados aos planos privados de assistência à saúde, no sentido de evitar que estes sofram qualquer tipo de discriminação ou constrangimento em razão de seu estado de saúde.

GDF

CODEPLAN

RECEBIDO

Em, 15/08/2012 às 15:10 hs


Rubrica/Metricula

Cumpra ainda salientar que a ANS obriga as respectivas operadoras a proteger as informações assistenciais fornecidas por seus consumidores ou por sua rede de prestadores, quando acompanhadas de dados que possibilitem a sua individualização, vedando sua divulgação e fornecimento a terceiros, salvo em casos expressamente previstos na legislação.

Tal assertiva pode ser corroborada pelas normas transcritas adiante:

Resolução RDC nº 64/01 - ANS

Art. 1º O fluxo de informações médicas relativas à assistência prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde deverá ficar sob a responsabilidade de profissional médico, especialmente designado para este fim pelas operadoras definidas no inciso II do art. 1º da Lei n.º 9.656, de 1998, de acordo com o disposto nesta resolução, com a finalidade de preservar o sigilo nos casos previstos na legislação em vigor.

Parágrafo único. Para efeito desta Resolução, o profissional de que trata o caput deste artigo será considerado como Coordenador Médico de Informações em Saúde.

Art. 2º Resguardando as prerrogativas e obrigações profissionais do Coordenador Médico de Informações em Saúde com relação ao sigilo médico, as operadoras permanecem responsáveis pelo envio das informações relativas aos beneficiários de planos de assistência à saúde respondendo pela omissão ou incorreção dos dados.

Resolução Normativa nº 21/02 - ANS

Art. 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão manter protegidas as informações assistenciais fornecidas pelos seus consumidores ou por sua rede de prestadores, observado o disposto na Resolução - RDC nº 64, de 10 de abril de 2001, quando acompanhadas de dados que possibilitem a sua individualização, não podendo as mesmas ser divulgadas ou fornecidas a terceiros, salvo em casos expressamente previstos na legislação.

Art. 2º O art. 5º da Resolução - RDC nº 24, de 13 de junho de 2000, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos:

"XIV - divulgar ou fornecer a terceiros não envolvidos na prestação de serviços assistenciais, informação sobre as condições de saúde dos consumidores, contendo dados de identificação, sem a anuência expressa dos mesmos, salvo em casos autorizados pela legislação"; e

"XV - divulgar ou fornecer a terceiros não envolvidos na prestação de serviços assistenciais, as informações contidas na declaração de saúde preenchida pelo consumidor por ocasião da contratação de plano de assistência à saúde."

Resolução 1642/02 – Conselho Federal de Medicina

Art. 1º – As empresas de seguro-saúde, de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, empresas de autogestão ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares devem seguir os seguintes princípios em seu relacionamento com os médicos e usuários:

g. respeitar o sigilo profissional, sendo vedado a essas empresas estabelecerem qualquer exigência que implique na revelação de diagnósticos e fatos de que o médico tenha conhecimento devido ao exercício profissional.

Art. 4º – As empresas que descumprirem a presente resolução poderão ter seus registros cancelados no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição e o fato comunicado ao Serviço de Vigilância Sanitária e à Agência Nacional de Saúde Suplementar, para as providências cabíveis.

Diante das justificativas acima descritas, questionamos:

- (i) O órgão poderá aceitar o relatório de modo a não permitir que ocorra a identificação do segurado com o atendimento/procedimento a ele realizado, permitindo a privacidade das informações médicas relativas ao histórico assistencial dos pacientes vinculados ao seguro?
- (ii) caso negativo, o órgão se responsabilizará pelo ressarcimento de eventuais prejuízos, perdas e danos ou qualquer outra penalidade que eventualmente sejam causados à empresa vencedora do certame pelo descumprimento das normas referentes ao sigilo médico ?

O referido Edital em seu item 15 – DO PAGAMENTO dispõe:

15.3. Passados 30 (trinta) dias sem o devido pagamento por parte da CONTRATANTE, a parcela devida será atualizada monetariamente, desde o vencimento da obrigação até a data do seu efetivo pagamento, de acordo com a variação pro rata tempore do INPC. (grifo nosso)

PERGUNTA 3: Em caso de atraso no pagamento por motivos que não sejam responsabilidades da contratada, poderá ser aplicado juros de 1% ao mês pro rata e multa de 2% ao mês?

O referido Edital em seu item 3 – DAS OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS dispõe:

3.1 – DA CONTRATADA:

g) garantir atendimento eletivo de consultas e exames complementares no prazo máximo de 15 (quinze) dias da data da solicitação registrada junto à operadora. Caso não haja na rede credenciada profissional e/ou estabelecimento para o devido atendimento é facultado ao beneficiário procurar atendimento fora da rede credenciada sendo a CONTRATADA obrigada a reembolsá-lo no valor do recibo apresentado e no prazo máximo de 30 (trinta) dias; (grifo nosso)

PERGUNTA 4: Podemos seguir o prazo estabelecido pela ANS no atendimento eletivo de consultas e exames complementares?

i) não restringir o ingresso de novo(s) beneficiário(s) no Plano de Assistência Médico-Hospitalar, não lhe cabendo qualquer exigência e/ou restrição quanto ao número mínimo ou máximo para inclusão e/ou exclusão; (grifo nosso)

PERGUNTA 5: Não haverá impedimento no ingresso de novos beneficiários desde que respeitado o prazo máximo de 30 (trinta) dias conforme norma ANS e após este prazo caberá carência.

j) assumir a partir da data do início de vigência do contrato de prestação de serviço, com a CODEPLAN, as despesas dos tratamentos dos beneficiários internados em instituições hospitalares e outros tipos de tratamento, credenciando os profissionais, clínicas ou hospitais, até no mínimo a conclusão do tratamento; (grifo nosso)

PERGUNTA 6: No término do contrato os beneficiários internados serão assumidos pela nova contratada? Os beneficiários internados estando em condições, poderão ser transferidos para uma unidade compatível da rede credenciada? Caso não seja possível a transferência do beneficiário a contratada poderá custear as despesas onde se encontra internado não sendo exigido o credenciamento?

k) manter, na sede da CONTRATANTE, atendimento administrativo com vistas a fornecer informações, atualizações e esclarecimentos sobre o Plano aos beneficiários e interessados, e autorizar procedimentos que necessitem tal providência; (grifo nosso)

PERGUNTA 7: Para atendimento administrativo temos um Escritório no Distrito Federal e nosso executivo poderá comparecer a CODEPLAN sempre que solicitado. Para maiores esclarecimento dispomos de uma central 0800 (24 horas) por dia e em nossa Matriz temos pessoas capacitadas à auxiliar os beneficiários e interessados no que for necessário. O atendimento descrito será aceito pelo Órgão?

dd) cumprir determinação formal do Executor do Contrato;

PERGUNTA 8: Quais determinações poderão ser solicitadas?

O referido Edital em seu item 6 – DA GARANTIA dispõe:

6.1. Para assegurar o integral cumprimento das obrigações contratuais assumidas, inclusive decorrentes de indenização a terceiros e multas eventualmente aplicadas, a CONTRATADA deverá entregar, no ato da assinatura do Contrato, garantia em favor do CONTRATANTE. (grifo nosso)

6.2. A garantia a que se refere o item anterior deverá corresponder ao equivalente a 5% (cinco por cento) do valor global contratado, para o período de 12 (doze) meses, apresentando ao CONTRATANTE, no ato da assinatura do Contrato, o comprovante de uma das modalidades previstas no art. 56, § 1º, da Lei nº 8.666/93, cujo prazo de validade deverá observar a data prevista para o último pagamento devido. (grifo nosso)

PERGUNTA 9: Para a efetivação da garantia as instituições financeiras exigem a apresentação do contrato assinado. Neste caso, qual o prazo concedido à contratada?

O referido Edital em seu ANEXO ÚNICO dispõe:

2- DOS SERVIÇOS A SEREM OFERECIDOS AOS BENEFICIÁRIOS:

2.1 A apresentação dos serviços compreende:

g) home care (atenção domiciliar) (grifo nosso)

CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO

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.

A Assistência Domiciliar terá início após a assinatura do paciente ou responsável, do termo de adesão "Assistência Domiciliar" disponibilizado pela SEGURADORA.

PERGUNTA 10: Os critérios para a liberação da Assistência Domiciliar seguirão as normas técnicas e legislação vigentes, Essas condições serão aceitas pelo órgão?

4.3 DEPENDENTES:

c) pai e mãe, irmão(ã) solteiro(a) de qualquer idade quando incapacitado(a) física ou mentalmente para o trabalho, desde que o titular arque integralmente com a mensalidade do Plano de Assistência Médico-Hospitalar; (grifo nosso)

PERGUNTA 11: De acordo com a Lei 9.656/98 e norma ANS o pai e mãe são considerados agregados. Neste caso, solicitamos diferenciar da massa quem são os dependentes e os agregados no plano.

4.4 HONORÁRIOS:

Pagamento dos serviços profissionais, em caso de reembolso ao titular ou do dependente no caso de falecimento do titular. (grifo nosso)

PERGUNTA 12: Favor esclarecer o item acima (4.4 Honorários)?

O referido Edital em seu item 8 – DA PERMANENCIA NO PLANO dispõe:

8.2 se custeando integralmente com as mensalidades do Plano de Assistência Médico-Hospitalar.

b) os dependentes, no caso de morte do titular (grifo nosso)

8.3 A operacionalização e pagamento dos beneficiários do item 8.2 deverão ser realizados pela empresa Contratada.

SEGURO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL - SEA

1. Este benefício tem por objeto garantir aos dependentes segurados, no caso de falecimento do Segurado Principal, a continuidade do atendimento assistencial, de acordo com a cobertura estabelecida no Seguro Saúde em que estiverem inscritos na data do óbito, a partir do 1º dia do mês subsequente ao do falecimento, sem qualquer ônus, obedecidas as seguintes condições:

- a. Cobertura de até 3 (três) anos para segurados cadastrados neste plano;
 - b. Os Segurados, Principal e Dependentes, tenham cumprido, na data do óbito do Segurado Principal, permanência de seis meses no Seguro Saúde, para o caso de morte natural, não se exigindo prazo de permanência em caso de morte acidental;
 - c. O Segurado Principal tenha menos de 66 (sessenta e seis) anos na data da sua inclusão no Seguro Saúde e esteja exercendo atividades laborativas;
 - d. O pagamento dos prêmios do seguro esteja em dia;
 - e. O falecimento não seja decorrente de evento excluído, conforme exclusões constantes desta Cláusula;
 - f. Existir vínculo concreto empregatício ou societário com o ESTIPULANTE na data do falecimento.
3. Caso o Segurado e seus Dependentes tenham sido transferidos para plano superior, para o qual não tenha sido cumprido o período de permanência previsto nesta Cláusula, na data do óbito, o benefício SEA garantirá o pagamento das mensalidades do plano para o qual tenha sido cumprido o referido período de permanência, considerado desde o início de vigência até a data do óbito.

PERGUNTA 13: O benefício mencionado acima garante aos dependentes segurados, no caso de morte do titular cobertura de até 3 anos sem custo. O procedimento será aceito pelo Órgão?

PERGUNTA 14: Trata-se de Seguro novo ou renovação?

PERGUNTA 15: As coberturas descritas no Edital são os mesmos da apólice atual?

PERGUNTA 16: Qual o valor e número de segurados da última fatura quitada?

PERGUNTA 17: Qual a sinistralidade dos últimos 24 anos e número de aposentados, demitidos, afastados e internados?

PERGUNTA 18: Qual o tempo que cada demitido terá direito a ficar no Seguro Saúde?

PERGUNTA 19: Quanto aos aposentados, todos estão aposentados por tempo de serviço?

PERGUNTA 20: Existem segurados afastados na atual apólice? Se positivo, nos informar a relação com os respectivos CIDs.

PERGUNTA 21: Qual a % (percentual) de contribuição dos colaboradores e % (percentual) de contribuição do Órgão?

PERGUNTA 22: Poderá ser considerada 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 pela SUSEP? Caso negativo, como serão tratados os casos de "riscos excluídos"?

São Paulo-SP, 15 de agosto de 2012.

Atenciosamente,

UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A.