

Esclarecimentos ao Grupo Elo Seguros e Benefícios.

1- O item 7,7. aduz que: "A utilização dos serviços não estará sujeita à limitação de quantidade mínima ou máxima nem, tampouco, à imposição de carência quando da implantação dos serviços." Ocorre que alguns procedimentos são limitados pelas Diretrizes de Utilização constantes do Anexo I da RN 428/2017 da ANS. Podemos considerar que atendemos o exigido com os prazos estipulados em lei?

Resposta: [Item 7.7 Termo de Referencia](#)

[Aplique-se a legislação, no tocante a RN nº 428/2017.](#)

2- Qual a distribuição etária dos pensionistas dessa Administração

Resposta: [Não possuímos pensionista](#)

3- No subitem 14.2. "Nos casos de desligamento, exoneração e demissão, o Beneficiário poderá optar por permanecer no Programa de Assistência à Saúde, devendo assumir o pagamento integral. " Contudo, não menciona as hipóteses de desligamento, rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, na qual é assegurado ao empregado o direito de manter sua condição de beneficiário, desde que assuma o seu pagamento integral, nos termos dos art. 30 da Lei nº 9.656/98.

Pergunta-se: Está correto o nosso entendimento que, para esses casos aplicar-se-á o disposto nos artigos 30 e 31 da lei 9656/98?

Resposta: [Subitem 14.2 Termo de Referencia](#)

[Sim a legislação que se aplica são os art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.](#)

4- Solicitamos maiores esclarecimentos quanto ao item 10.1. do edital no qual afirma que: "Observando o disposto na Resolução Normativa ANS nº 309, de 24/10/2012 e demais normas em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários dos órgãos e entidades do Distrito Federal poderão ser objeto de reajuste, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora, bem como a taxa de

sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento)." No entanto, ao corrigir os valores após 12 (doze) meses de contrato, tem-se um de/ay de 02 (dois) meses na apuração dos custos médicos e hospitalares, resultando assim, no cômputo de apenas 10 (dez) meses de cálculo do sinistro. Fato que decorre da dinâmica do atendimento na rede credenciada. Essa situação mascara a apuração real do efetivo sinistro dos 12 (doze) meses anteriores a contar da data de início do contrato.

Esse fato provocará um aviltamento no preço necessário, colocando em risco a viabilidade econômica e financeira do contrato, resultando em sérios prejuízos para o Credenciado.

Diante desse fato atípico perguntamos:

- a) Poderá ser considerado pela CODEPLAN a sinistralidade projetada nesses 02 (dois) meses, para cálculo do sinistro de 12 (doze) meses?
- b) Na impossibilidade, a soma do cálculo do sinistro, após computados esses 02 (dois) meses poderá ser aplicada, ainda que o reajuste com base no sinistro apurado nos 10 (dez) meses já tenha sido aplicado?

Resposta: [Item 10.1 e 10.2 do Edital](#)

5- Solicitamos o regulamento interno da Codeplan, para análise dos itens 23.5 e 23.7 do Edital:

23.5 As multas serão aplicadas, sem prejuízo das demais sanções previstas no artigo 82 da Resolução nº 071/2018 — CA, que dispõe sobre o Regulamento de Licitações e Contrato — Companhia de Planejamento do Distrito Federal — CODEPLAN e neste Termo de Referência, referentes à inexecução da prestação dos serviços, no todo ou em parte.

23.7 O rol das infrações descritas nas tabelas anterior é meramente exemplificativo, não excluindo, portanto, a aplicação de outras sanções previstas na Resolução nº 071/2018 — CA, que dispõe sobre o Regulamento de Licitações e Contrato — Companhia de Planejamento do Distrito Federal — CODEPLAN e nas demais legislações específicas.

Resposta: [O documento solicitado será enviado junto com este questionário.](#)

6- IMPUGNAÇÃO: O empregado/funcionário que adere ao PDV, somente possui elegibilidade ao plano na condição de ATIVO, ele não possui elegibilidade para ser migrado para condição de inativo, em razão do artigo 30 da lei 9656/98 e a da RN 279. Isto porque a ANS entende que o empregado que aderiu a um plano de demissão voluntária não se enquadra

no escopo da "demissão sem justa causa" ou "aposentadoria" dado a opção exercida pelo beneficiário, ou seja não se trata de uma situação inesperada, razão porque não faz jus ao direito garantido pelos artigos 30 e 31 da lei 9.656/98.

ENTENDIMENTOS JA PACIFICADOS SOBRE O NORMATIVO

Empregados que pedem demissão a seu critério ou se inscrevem em programas de demissão voluntária (POV) não possuem direito ao benefício previsto no artigo 30,

Exceção: Beneficiários Aposentados que continuam trabalhando na empresa. (Assegurado o direito previsto no art- 31 quando do desligamento da empresa).

Dessa forma, solicitamos, respeitosamente, que essa cláusula seja revista pela administração, pois o edital deverá conter as regras atinentes a esta permanência, considerando que ao admitir tal conduta, a Operadora estará sujeita a multa por cada beneficiário cadastrado, pela ausência da elegibilidade na forma da lei regente.

Resposta: O art. 30, da Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos de saúde, garante ao trabalhador demitido o direito de se manter como segurado no mesmo plano, desde que assuma seu pagamento integral, sendo que o § 1º do mesmo dispositivo estipula as balizas de tempo para manutenção desse direito, com limite mínimo de seis meses e limite máximo de vinte e quatro meses.

O último Plano de Demissão Voluntária - PDV da CODEPLAN previa em uma de suas cláusulas, dentre os benefícios para estimular a demissão, a possibilidade do empregado que aderir ao PDV permanecer no Plano de Assistência Médico-Hospitalar da CODEPLAN enquanto perdurar o pagamento dos Incentivos Financeiros, na forma estabelecida no Acordo Coletivo de Trabalho, e após esse período por opção, conforme estabelecido pela Agência Nacional de Saúde – ANS, com pagamento do valor integral.

Na disposição como se nota não se observa nenhuma ilegalidade, tendo em vista que o pacto foi feito de comum acordo entre as partes, sem prejuízo de terceiros e o empregado permanece na condição de ativo até o término do incentivo, na forma estabelecida no ACT e com participação da empresa no pagamento do plano de saúde.

7- Na clausula 7.2."Coberturas Hospitalares" a alínea e, dispõe: "e) transplantes de rim e córnea, ou outros constantes no rol do CID 10, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, inclusive despesas com doadores vivos até a alta hospitalar. " Ocorre que é uma cobertura extra, não prevista no Rol de Procedimentos da ANS e, por conseguinte, tem potencial para onerar a prestação de serviços. Dessa forma, indagamos: tendo em vista que a presente contratação está atrelada ao Rol de Procedimentos da ANS, como o objetivo dessa espécie de contratação

é buscar o equilíbrio do contrato e, por conseguinte, a continuidade dos serviços, podemos considerar que a cláusula será ajustada para cobertura transplantes de rim, córnea e transplantes de medula autólogo e alogênico, conforme rol de procedimentos ANS - RN 428/2017? Aliás, entendemos que tal exigência trata-se de um equívoco, pois, no Edital — Parte do Objeto, tem-se que referida contratação se dará nos termos da Lei 9.656/98. Portanto, ao nosso juízo, referida exigência extrapola os limites contidos na referida Lei.

Resposta: Inexiste no Termo de Acordo – Anexo II clausula 7.2

Se referente ao item 7.2 Termo de Referência o transplante consta no Rol de Procedimentos Anexo I da RNº 428/2017