

Brasília, 18 de março de 2022

À HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A.,

REF.: PREGÃO ELETRÔNICO N°. 37/2021 – CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA PARA OS EMPREGADOS E DIRIGENTES DO SESC-AR/DF.

Em atenção à solicitação apresentada pela empresa **HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A.**, informamos o que segue:

Primeiramente, o Sesc é instituição com personalidade jurídica de direito privado, criada pelo Decreto Lei n. 9.853/46, regido por regulamentos próprios, formalmente aprovados pelos Decretos nº 60.344/67, nº 61.836/67 e pelos demais que vieram complementá-los e/ou alterá-los. A Instituição não tem fins lucrativos e não utiliza recursos federais.

Portanto, no âmbito dos processos licitatórios que realiza não se reporta diretamente à Lei Federal de Licitações, mas, especificamente, à Resolução Sesc nº 1.252/12, instituída para nortear tais certames.

Quanto ao pedido de esclarecimento encaminhado por e-mail, em 17/03/2022, às 17h27, este segue de forma TEMPESTIVA, conforme disposto em Edital.

Questionamento 1: Qual é a operadora atual?

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que a atual operadora é a Medhealth Planos de Saúde Ltda.

Questionamento 2: Qual é o valor da última fatura? Favor informar as tabelas de preços praticados no contrato atual.

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que essa informação não será disponibilizada, pois todos os dados necessários para elaboração da proposta estão disponíveis no Edital.

Questionamento 3: Qual a sinistralidade da contratação atual?

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que o relatório do período citado está em análise para apuração e ainda não foi validado pela Instituição.

Questionamento 4: Podemos entender que o SESC AR DF será a responsável pelo custeio integral do plano de saúde?

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que não. O Sesc adotará tabela de custeio parcialmente contributivo, conforme norma específica e definição no Acordo Coletivo de Trabalho.

Questionamento 5: Qual o percentual de custeio da SESC AR DF no custeio do plano de seus beneficiários titulares e seus dependentes e agregados?

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que, no caso de beneficiários titulares, o custeio será de 50% a 80%, dependendo do cargo exercido. Já os dependentes incluídos até o dia 20/05/2021 seguem o mesmo padrão do beneficiário titular; após esta data, os dependentes deverão ser custeados 100% pelo empregado, bem como os agregados.

Questionamento 6: São considerados agregados somente os beneficiários já inclusos no atual plano de saúde?

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que sim.

Questionamento 7: Não será admitida a inclusão de novos agregados?

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que não serão mais realizadas inclusões de agregados, mas os dependentes que já estão no plano, se atingirem a idade, poderão se tornar agregados.

Questionamento 8: Podemos entender que o reembolso se dará pela tabela da operadora, no prazo de 30 (trinta) dias conforme dispões a ANS?

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que sim.

Questionamento 9: Podemos entender que a Proposta deverá ser apresentada por tipo de plano de saúde e em 10 (dez) faixas? Em caso afirmativo, solicitamos apresentação do modelo de Proposta por tipo de plano e em 10 faixas, uma vez que o MODELO DE PROPOSTA FINANCEIRA, página 22, está discriminada para proposta em faixa única.

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que sim. O modelo apresentado deverá ser preenchido na forma proposta e a empresa licitante deverá apresentar junto à Proposta Financeira o valor individual da mensalidade por tipo de plano e faixa etária, conforme descrito no Modelo de Proposta Financeira.

Questionamento 10: Podemos entender que o serviço de *home care* informado na Cláusula Quarta, parágrafo segundo o item "f", da Minuta do Contrato, é um serviço opcional, a ser precificado à parte do valor do produto e a critério da operadora fornecer ou não?

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que não. De acordo com o Edital / Caderno de Especificações, o serviço deverá ser oferecido.

Questionamento 11: Podemos entender que o prêmio informado na Cláusula Quarta, parágrafo segundo o itens "h" e "i", não se aplicam as Operadoras de plano de saúde?

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que não, pois tais itens são abrangidos pela Lei 9656/98.

Questionamento 12: Podemos entender que a carência do plano de saúde observará o disposto pela ANS?

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que sim. Porém, deve-se observar a isenção de carência para novos empregados (após a implementação do Plano), prevista no Edital / Caderno de Especificações. O prazo para isenção da carência se dá devido à norma



interna da Instituição, onde o empregado terá 30 dias após o término do contrato de experiência para fazer a solicitação de inclusão no Plano de Saúde, com exceção das Funções de Confiança, que podem aderir ao plano de forma imediata a partir da admissão. Tal medida é benéfica, tanto para a Instituição quanto para a Operadora, que evitará custos desnecessários, pois a utilização do plano se dará somente após a efetivação de fato do empregado.

Questionamento 13: Podemos entender que o plano de saúde será para Grupo de Municípios para atendimento no Distrito Federal? E urgência e emergência nacional será via rede abrangente?

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que não. O Plano deverá ter cobertura Nacional, inclusive para urgências e emergências.

Questionamento 14: Podemos entender que os INATIVOS serão somente os que se tornarem inativos durante a vigência do contrato?

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que não, pois já existem beneficiários nesta condição.

Questionamento 15: Podemos entender que para contratação será praticada com tabela de ATIVOS diferente da tabela de INATIVOS, sendo tratados reajustes e sinistralidade em separado para os 2 grupos?

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que não. O contrato deve abranger os dois grupos e aplicar a mesma tabela de valores.

Questionamento 16: Podemos entender que a adesão dos titulares e dependentes será realizada, pela CONTRATANTE, mediante preenchimento de Formulário Cadastral de Movimentação, fornecido por meio eletrônico no site da Operadora CONTRATADA?

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que, no ato da contratação, a empresa contratada deverá disponibilizar formulários físicos e eletrônicos para realizar a movimentação, mas o RH encaminhará para operadora ou deverá ser disponibilizado acesso ao sistema para que possamos fazer o controle e lançamento na movimentação de forma adequada em folha de pagamento.

Questionamento 17: O SESC respeitará o prazo de movimentação da operadora? Sendo realizadas as inclusões/exclusões do plano odontológico no sistema de movimentação da operadora no site da mesma, operados e solicitados de forma a respeitar os prazos do cronograma abaixo:

- Período de Movimentação:

- 1º dia ao 15º dia, Vigência da Movimentação: A partir do 1º dia do mês seguinte;

e

- Período de Movimentação:

- 16º dia ao 30º dia, Vigência da Movimentação: A partir do 1º dia do 2º mês subsequente.

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que o Sesc não adotará plano odontológico para seus beneficiários. Sobre as movimentações do Plano de Saúde:

- Período de Movimentação:

- 1º dia ao 15º dia, Vigência da Movimentação: A partir do 1º dia do mês seguinte; e
 - Período de Movimentação:
 - 16º dia ao 30º dia, Vigência da Movimentação: A partir do 1º dia do 2º mês subsequente.
- Questionamento 18:** Podemos entender que a contratação, os serviços e coberturas dos produtos serão apenas pelo rol da ANS?

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que não. A operadora deverá oferecer todos os serviços/coberturas do Edital / Caderno de Especificações.

Questionamento 19: Podemos entender que o pagamento será em Fatura Única emitida em favor do SESC, com repasse direto às Operadoras, por crédito em conta-corrente das mesmas, onde o Órgão consigna os pagamentos em folha de pagamento do beneficiário titular

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que sim, quando falamos dos beneficiários ativos. Para os beneficiários inativos (aposentados e demitidos), a cobrança deverá ser realizada diretamente aos beneficiários pela Operadora.

Questionamento 20: Podemos entender que a carteira do plano de saúde e o manual da rede credenciada poderão ser emitidas de forma eletrônica?

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que sim.

Questionamento 21: Podemos entender que a Cláusula Décima Oitava, parágrafo primeiro trata-se de erro formal de digitação?

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que sim.

Questionamento 22: Entendemos que a exigência de abrangência de especialidades em todo o território nacional onera o custo do produto, mesmo sabendo que não há beneficiários do SESC AR DF em todas as regiões do país. Desse modo, nas localidades onde não houver atendimento eletivo na rede credenciada ou referenciada da operadora, poderá ocorrer atendimento mediante reembolso, conforme tabela da operadora?

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que não. O item 5.1 do Caderno de Especificação é claro ao dizer que a cobertura deverá ser em todo o Território Nacional. O reembolso se aplica conforme o item 8.1, alínea "a" do referido Caderno.

Questionamento 23: Podemos entender que a remoção prevista no item 5.14 se refere a remoção iter-hospital prevista no rol da ANS?

Resposta: Após consulta a área técnica, foi-nos informado que sim.

Questionamento 24: Podemos entender que os usuários que aderirem ao plano fora do prazo de isenção estipulado no EDITAL e TERMO DE REFERÊNCIA cumprirão as carências a seguir: Após 30 (trinta) dias da vigência do contrato haverá carência exigida pela ANS. Os beneficiários que optarem pelo plano de saúde após 30 (trinta) dias da assinatura do contrato, estão sujeitos ao cumprimento de carências previsto na Lei Nº 9.656/1998 de 03/06/1998, salvo os recém-nascido (quando o titular for beneficiário do plano de saúde) recém-admitido e recém-casado (esposo(a));

Para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos estabelecidos, deverão ser cumpridas, no máximo, as seguintes carências, específicas para os serviços:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência decorrentes de acidentes pessoais e/ou complicações do processo gestacional, conforme a previsão regulatória vigente;
- b) 30 (trinta) dias para consultas médica e exames laboratoriais, clínicos e patológicos, e raio X simples;
- c) 90 (noventa) dias para endoscopia, ultrassonografia, fisioterapia, ecocardiograma, teste ergométrico, acupuntura, prova de Holter, cintilografia, densitometria óssea, psicoterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e nutricionista;
- d) 180 (cento e oitenta) dias para cirurgias ambulatoriais, internações hospitalares, clínicas e cirúrgicas, exames de alta complexidade e tratamentos ou procedimentos de maior complexidade;
- e) 300 (trezentos) dias para parto a termo.

Para os beneficiários inscritos nas condições previstas, a operadora também poderá imputar cláusula de Cobertura Parcial Temporária, para Doenças e Lesões Preexistentes que o beneficiário ou seu responsável tenha conhecimento prévio, pelo período máximo de 24 (vinte e quatro) meses, limitadas às condições previstas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Resposta: Vide resposta ao Questionamento 12.

Por fim, reiteramos a data de abertura do certame, qual seja dia **21/03/2022**, às 10h, no portal Comprasnet (www.gov.br/compras).


Ozzyara dos Santos Lima
Supervisão de Compras

Coordenação de Compras e Contratos – Cocomp

Sesc-AR/DF