



**SECRETARIA MUNICIPAL DA CASA CIVIL
COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO URBANO DA REGIÃO DO
PORTO DO RIO DE JANEIRO – CDURP
ESCLARECIMENTOS 3
Pregão Eletrônico Nº 176/2020 - CDURP
Processo Nº 01/240.025/2020**

PERGUNTA 72: Favor informar se o CDURP, está isenta do pagamento de IOF – Imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro.

Resposta: Não está isenta. Esclarecimento realizado na pergunta 56 (<http://www.portomaravilha.com.br/conteudo/licitacoes/2020/pe176/Esclarecimentos%20.%20docx.pdf? t=1586971440>).

PERGUNTA 73: O percentual de impostos a ser retido pela CDURP, 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.

Resposta: A Instrução Normativa RFB nº 1234 de 11/01/2012 não se aplica a CDURP (esfera municipal), pois dispõe sobre retenção na fonte dos tributos efetuados por órgãos da administração pública federal.

Ao realizar retenção na fonte utilizamos as alíquotas de 1,5% (IR) e 4,65% (PIS/COFINS/CSLL), porém não cabe a retenção na fonte nos pagamentos efetuados por pessoa jurídica a planos de saúde. Base legal Decreto nº 9.580/2018 (RIR 2018) e Lei nº 10.833/2003.

Esclarecimento realizado na pergunta 57 (<http://www.portomaravilha.com.br/conteudo/licitacoes/2020/pe176/Esclarecimentos%20.%20docx.pdf? t=1586971440>).

PERGUNTA 74: As companhias seguradoras, por sua natureza, emitem apólice/fatura de seguro, ao invés de nota fiscal. Nesse sentido, as seguradoras poderão substituir a apresentação da nota fiscal pela apólice/fatura de seguro?

Resposta: As seguradoras deverão encaminhar o boleto bancário junto com o demonstrativo detalhado de cada colaborador.

PERGUNTA 75: Por favor informar a atual prestadora e há quanto tempo o contrato está vigente.



Resposta: As seguradoras deverão encaminhar o boleto bancário junto com o demonstrativo detalhado de cada colaborador.

PERGUNTA 76: Por favor informar o valor da última fatura paga.

Resposta: Os valores solicitados não estão disponíveis, tendo em vista que o valor estimado da licitação é sigiloso. Os valores só estarão disponíveis após a data do dia 29/04.

PERGUNTA 77: Por favor enviar o relatório de sinistralidade do Plano Odontológico dos últimos 12 meses, separado por plano, contendo mês, no de beneficiários, faturamento e sinistro.

Resposta: Não possuímos o relatório de sinistralidade.

PERGUNTA 78: Considerando que a RN 195/2009 determina o público elegível para inclusão dos planos coletivos empresariais do artigo 5º, solicitamos que seja informado o tipo de vínculo dos beneficiários que integrarão o presente contrato.

Resposta: Os colaboradores da CDURP possuem contrato de trabalho conforme a CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas, exceto os 03 Diretores da Companhia que é por mandato

PERGUNTA 79: Por favor informar se atualmente existem INATIVOS na massa? Caso a resposta seja afirmativa, por favor informar a quantidade.

Resposta: Não.

PERGUNTA 80: Por favor informar se atualmente existem beneficiários em tratamentos complexos? Caso a resposta seja afirmativa, por favor informar a quantidade.

Resposta: Não.

PERGUNTA 81: Por favor ratificar o entendimento de que o contrato terá previsão de reajuste financeiro após 12 (doze) meses, bem como, na hipótese de comprovação do desequilíbrio econômico-financeiro por alta sinistralidade, ou seja, quando ultrapassar o percentual máximo de 60% (sessenta por cento) haverá a possibilidade da empresa vencedora após 12 (doze) meses aplicar o reajuste por sinistralidade?

Resposta: O reajuste será conforme o item 19 do e edital.



PERGUNTA 82: O contrato de plano odontológico da Operadora vencedora do processo licitatório poderão ser consideradas como base da contratação, desde que estas não sejam contrárias ao Edital e que estejam devidamente registradas na ANS ? Caso negativo, como serão tratados os casos omissos no edital e as demais condições do seguro?

Resposta: Sim.

PERGUNTA 83: Considerando que no edital constam duas propostas (anexo I e Anexo II) questionamos se deverá ser apresentado as duas propostas.

Resposta: As licitantes interessadas em participar do Pregão referente aos dois itens, deverão informar as suas propostas para os dois itens, conforme o Anexo I. As licitantes interessadas em participar de apenas um dos itens deverão informar a sua proposta para o respectivo item e colocar "N/A" ao lado do item que não tem interesse.

PERGUNTA 84: Favor ratificar o nosso entendimento de que no momento do cadastro no portal eletrônico www.comprasgovernamentais.gov.br deverá ser incluído a proposta no timbrado da licitante, bem como os documentos de habilitação exigidos no item 13 do edital.

Resposta: proposta deve ser incluída antes da abertura do certame. A documentação deverá ser encaminhada quando solicitada pela Pregoeira, conforme o item 12.11 (d) do edital.

Item 12.1 do edital: Será pregoado o preço global por item.

PERGUNTA 85: Com relação a elaboração da proposta, o julgamento das propostas se dará pelo Valor total para 12 meses?

Resposta: Sim. O julgamento é pelo valor global.

PERGUNTA 86: Por favor ratificar nosso entendimento de que o no momento da aplicação do reajuste financeiro será agregado o reajuste por sinistralidade.

Resposta: O sinistro será considerado nos casos devidamente comprovados, conforme o item 19 edital.

Item 5.3 do termo de referência: O PLANO DE ASSISTÊNCIA OU DE SEGURO ODONTOLÓGICO terá os atendimentos de rotina, como consultas, urgências, cirurgias, dentística, radiologia, odontopediatria, prevenção, próteses, periodontia, endodontia, incluídos procedimentos de



tratamento de canal, obturações (inclusive as de resina), aparelho ortodôntico, RX, cirurgia do siso (entre outras cirurgias oral menor), tratamento da gengiva, e etc.

PERGUNTA 87: Por favor ratificar o entendimento de que a cobertura do aparelho será somente a colocação, não sendo coberto neste plano a manutenção mensal.

Resposta: Entendimento correto.

Item 17.5.1 do termo de referência: 17.5.1. As inclusões ocorridas após o prazo de 30 (trinta) cumprirão o prazo de carências previstos no inciso V do art. 12 da Lei 9.656/98, a seguir:

(...) b) 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos;

c) 24 (vinte e quatro) horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência.

PERGUNTA 88: Por favor ratificar o entendimento de que poderá aplicar as carências para o plano odontológico conforme tabela abaixo:

PROCEDIMENTOS	PRAZOS DE CARÊNCIA
Urgência e emergência	24 h
Diagnóstico	24 h
Prevenção	60 dias
Radiologia	60 dias
Dentística	60 dias
Cirurgia	60 dias
Periodontia	90 dias
Endodontia	90 dias
Próteses	180 dias
Ortodontia	180 dias
Demais procedimentos	180 dias

Resposta: Referente a carência devem atender aos item 17.5 do Anexo II do Edital.

PERGUNTA 89: Favor informar se este órgão licitante poderá efetuar o pagamento da fatura referente a prestação de serviços objeto desta licitação, por meio de boleto bancário.

Resposta: As seguradoras deverão encaminhar o boleto bancário junto com o demonstrativo detalhado de cada colaborador.

Item 9.9. do termo de referência: Efetuar a substituição imediata do profissional descredenciado, conforme as regras estabelecidas pela Resolução ANS no 365/2014.



PERGUNTA 90: Por favor ratificar nosso entendimento de que as comunicações poderão ser prestadas conforme as disposições da Resolução Normativa - RN No 365, de 11 de dezembro de 2014 e Instrução Normativa - IN No 46, de 3 de outubro de 2014. Caso negativo, explicar detalhadamente.

Resposta: Entendimento correto.

Item 9.6. do termo de referência: Disponibilizar o catálogo ou em seu site, aplicativos móveis, e-mails, a rede credenciada, contratada ou referenciada e/ou referenciados ao titular, imediatamente após a sua adesão ao seguro e uma central de atendimento telefônico 24 horas (vinte e quatro horas) para atender peculiaridades próprias dos beneficiários.

PERGUNTA 91: Por favor esclarecer se a mesma deverá ser apresentada na fase de habilitação pela licitante detentora da proposta classificada em primeiro lugar, ou se será exigida oportunamente no ato da assinatura do contrato?

Resposta: Na assinatura do contrato.

Item 14.1 do termo de referência: remoção do paciente, comprovadamente necessária de um estabelecimento para outro, desde que justificada pelo médico assistente, observando-se que o usuário deverá ser removido para a unidade de atendimento que atenda sua necessidade, devendo ser esta a mais próxima do estabelecimento hospitalar em que estiver internado e que este seja próprio, credenciado ou referenciado da licitante vencedora, salvo para os casos de iminente e comprovado risco de vida;

PERGUNTA 92: Está correto nosso entendimento de que os serviços de Remoção estão subordinados as disposições da Lei 9.656/98, Resolução Normativa no 347/2014 e eventuais alterações pertinentes a matéria?

Resposta: Entendimento correto.

Item 5.1.1 do termo de referência: 5.1.1. Plano de Saúde médico-hospitalar ou Seguro, para atendimento estimado de 43 (quarenta e três) colaboradores e 54 (cinquenta e quatro) dependentes, podendo ter variação do quantitativo acima descrito, compreendendo a prestação dos serviços de assistência médica emergencial, ambulatorial e hospitalar, serviços auxiliares e complementares de diagnóstico e tratamento, assistência ao pré-natal, por rede credenciada com abrangência nacional, em conformidade com as coberturas mínimas garantidas pela Lei 9.656/98 e suas alterações, e com abrangência em todo o território nacional. A Seguradora ou Operadora deverá assegurar o reembolso das despesas realizadas nas localidades onde não exista rede própria ou credenciada e divulgada aos beneficiários, ou ainda, a critério do beneficiário, caso opte por atendimento junto a profissional ou estabelecimento não credenciado.



PERGUNTA 93: Por favor ratificar nosso entendimento de que o reembolso supracitado está subordinado as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial às RN's no 259 (artigo 9o) e 268? Caso negativo, explicar detalhadamente.

Resposta: Entendimento correto.

PERGUNTA 94: Com base no exposto, podemos entender que, visando manter o equilíbrio econômico do Contrato, os prêmios deste Seguro serão reajustados com o Reajuste Técnico e com o Reajuste por Sinistralidade?

Resposta: Os reajuste ocorrerá conforme o item 19 do Edital.

PERGUNTA 95: Para fins de elaboração da proposta, por favor informar:

1) Distribuição de vidas por grau de dependência (titular, filhos, cônjuges, aposentados, aposentados por invalidez, pai, mãe, remidos (juntamente com a data fim de vigência) – Caso haja outros graus de dependência, favor informar.

Resposta: O detalhamento encontra-se no item 15.2 do termo de referência.

2) Nome da congênere atual, relatório de sinistralidade com prêmio/sinistro mês a mês, evolução de vidas mês a mês, quantidade de vidas por plano, coparticipação, relação dos maiores utilizadores com a utilização mês a mês com a patologia da doença e CID juntamente com o valor gasto.

Resposta: Não possuímos o relatório de sinistralidade e o relatório dos maiores utilizadores e evolução de vidas mês a mês. Não há coparticipação.

3) O grupo cotado refere-se a 100% do FGTS, categoria funcional ou localidade?

Resposta: Não. Os três diretores da Companhia são por mandato e não contribui para o FGTS. Há funcionários moradores de Municípios fora do Rio de Janeiro e dependentes fora do estado do Rio de Janeiro.

4) O plano será contributivo? Em caso afirmativo, favor esclarecer.

Resposta: Não

5) Existem gestantes? Quantas?

Resposta: Não

6) No grupo cotado constam aposentados por invalidez? Favor informar a quantidade e os respectivos CID's.

Resposta: Não.



7) Existem afastados? Quantos? Favor informar a data do afastamento e encaminhar o CID juntamente com o relatório médico atualizado.

Resposta: Não.

8) Existem casos de internados, casos crônicos, tratamento de câncer, diálise e/ou hemodiálise? Favor encaminhar o CID juntamente com o relatório médico atualizado.

Resposta: Não.

9) Existem casos de atenção domiciliar e/ou home care? Se houver, favor encaminhar o relatório médico detalhado, contendo: Diagnóstico, evolução da doença e quadro clínico atual; informar a idade do proponente e a quanto tempo o mesmo está em atendimento domiciliar/home care;

Resposta: Não.

10) Quais os itens que compõem o orçamento: materiais, medicamentos, equipamentos, profissionais (médico, enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionista, outros);

Resposta: Os itens são todos aqueles que são necessários para a prestação de serviços conforme especificado no edital e termo de referência. Nenhum custo deverá ser repassado à CDURP, além do valor do contrato ou apólice.

11) Qual é a empresa prestadora do serviço atualmente e os locais onde serão realizado o atendimento?

Resposta: Bradesco Saude S/A. Os serviços serão prestados no município do Rio de Janeiro, local sede da CDURP. Porém, há colaboradores e dependentes localizados fora do Município.

PERGUNTA 96: Favor informar qual será a forma de custeio do plano ou seguro privado de assistência à saúde. Cumpre esclarecer que o custeio pode ser não contributivo: em que os beneficiários não pagam prêmio; ou contributivo: em que os Segurados pagam prêmio, total ou parcialmente. Ademais, por favor informar se a adesão ao plano será realizada de forma compulsória ou facultativa?

Resposta: O custeio será não contributivo e a adesão será compulsória.

PERGUNTA 97: Por favor ratificar o nosso entendimento de que os licitantes deverão ofertar apenas 1 (um) plano com acomodação em quarto individual? Caso negativo, por favor explicar detalhadamente.

Resposta: Entendimento correto.



PERGUNTA 98: Por favor ratificar nosso entendimento de que as exclusões dos beneficiários por exoneração ou demissão, bem como por aposentadoria, serão realizadas de acordo com as regras da Resolução Normativa no 279, de 24 de novembro de 2011?

Resposta: Entendimento correto.

PERGUNTA 99: Qual é o valor per capita do plano ofertado pela atual prestadora?

Resposta: Os valores solicitados não estão disponíveis, tendo em vista que o valor estimado da licitação é sigiloso.

PERGUNTA 100: Qual é o valor e o número de beneficiários da última fatura quitada?

Resposta: Os valores solicitados não estão disponíveis, tendo em vista que o valor estimado da licitação é sigiloso.

PERGUNTA 101: Para efeitos de precificação, podemos entender que o quantitativo 1.100 beneficiários migrarão automática e compulsoriamente para o contrato que será firmado com a licitante vencedora? Se negativo, favor explicar detalhadamente.

Resposta: O quantitativo atual de beneficiários da CDURP é 97 vidas, conforme os itens 5.1.1, 5.1.2 e 15.2 do termo de referência.

Item 5.2, alínea “c” do termo de referência: Medicina alternativa

PERGUNTA 102: Com base no artigo 21 da RN 428 deverá haver cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM. Desta forma, considerando que instrumento convocatório deve obedecer não só as Leis Federais 8.666/93 e 10.520/2002, mas também a todo o arcabouço normativo que regula e fiscaliza o setor, previsto na Lei Federal 9.656/98 e nos atos normativos da ANS, solicitamos a ratificação do entendimento de que não haverá cobertura para a medicina alternativa.

Por fim, a especialidade Medicina Alternativa não é reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, sendo assim, a mesma não será coberta pela licitante vencedora. Ciente e de acordo?

Resposta: Entendimento correto.



PERGUNTA 103: As coberturas previstas em contrato são aquelas previstas no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar atualmente, na Resolução Normativa 428? Caso positivo será cumprida e observadas eventuais diretrizes de utilização?

Resposta: Entendimento correto.

PERGUNTA 104: O contrato de plano assistência médica da Operadora vencedora do processo licitatório poderá ser considerado como base da contratação, desde que estas não sejam contrárias ao Edital e que estejam devidamente registradas na ANS? Caso negativo, como serão tratados os casos omissos no edital e as demais condições do seguro?

Resposta: Entendimento correto.

Item 12.11 do termo de referência: Distribuir ao usuário seu regulamento, imediatamente após a sua adesão, estabelecendo normas internas de utilização, obedecendo às normas citadas no contrato e neste termo de referência.

PERGUNTA 105: Por favor explicar detalhadamente do que se trata o regulamento mencionado. Item 12.13. do termo de referência: Dar acesso, em intervalos de tempo de no máximo 01(um) mês ou reduzi-los a quinzenais ou semanais, as informações relativas à gestão da saúde do funcionário e a gestão administrativa do contrato por parte da contratante.

Resposta: O regulamento que trata o item 12.11 é o próprio regulamento de utilização da Contratada.

Item 12.13. do termo de referência: Dar acesso, em intervalos de tempo de no máximo 01(um) mês ou reduzi-los a quinzenais ou semanais, as informações relativas à gestão da saúde do funcionário e a gestão administrativa do contrato por parte da contratante.

PERGUNTA 106: Por favor ratificar nosso entendimento de que a exigência supracitada atenderá a Resolução Normativa - RN No 21, de 12 de dezembro de 2002, que dispõe sobre a proteção das informações relativas à condição de saúde dos consumidores de planos privados de assistência à saúde, bem como o Código de Ética médica que determina que a informação do paciente somente poderá ser divulgada a terceiro se expressamente autorizado pelo paciente. Diante do exposto, a licitante poderá enviar os relatórios sem individualizar o beneficiário, ou seja, sem divulgar os nomes dos beneficiários? Além disso, solicitamos informar o que deverá constar nos relatórios exigidos no item acima.

Resposta: Entendimento correto. As informações do relatório são as constantes do anexo da resolução normativa – RN nº 21 de 12/12/2002.

Item 5.2, alínea “c” do termo de referência: Assistência Médico Ambulatorial e Hospitalar, incluindo consultas médicas, procedimentos ambulatoriais para os casos de rotina, urgência e



emergência, e internações clínico-cirúrgicas, abrangendo, pelo menos, as seguintes especialidades:

PERGUNTA 107: Por favor ratificar nosso entendimento de que as especialidades elencadas no item mencionada terão seus atendimentos em consultórios, clínicas e procedimentos ambulatoriais e laboratórios e não necessariamente em atendimento de urgência e emergência.

Resposta: Os atendimentos de rotina poderão ter atendimento em clínicas, laboratórios e consultórios, salvo orientação e/ou determinação diferente do médico.

Item 12.1 do edital: Será pregoado o preço global por item.

PERGUNTA 108: Com relação a elaboração da proposta, o julgamento das propostas se dará pelo Valor total para 12 meses?

Resposta: Sim.

PERGUNTA 109: Favor ratificar o nosso entendimento de que no momento do cadastro no portal eletrônico www.comprasgovernamentais.gov.br deverá ser incluído a proposta no timbrado da licitante, bem como os documentos de habilitação exigidos no item 13 do edital.

Resposta: A proposta deve ser incluída antes da abertura do certame. A documentação deverá ser encaminhada quando solicitada pela Pregoeira, conforme o item 12.11 (d) do edital.

PERGUNTA 110: Considerando que no edital constam duas propostas (anexo I e Anexo II) questionamos se deverá ser apresentado as duas propostas.

Resposta: As licitantes interessadas em participar do Pregão referente aos dois itens, deverão informar as suas propostas para os dois itens, conforme o Anexo I. As licitantes interessadas em participar de apenas um dos itens, deverão informar a sua proposta para o respectivo item e colocar "N/A" ao lado do item que não tem interesse.

Item 5.2, alínea "a" do termo de referência: - anestesiologia - cardiologia - cirurgia buco-maxilo-facial - cirurgia cardiovascular - cirurgia plástica reparadora, inclusive de mão - clínica médica - clínica cirúrgica - endoscopia - gineco-obstetrícia - medicina intensiva (adulto e infantil - CTI e unidade coronariana) - neonatologia - neurocirurgia - neurologia (adulto e infantil) - oftalmologia - ortopedia/traumatologia - otorrinolaringologia - pediatria - psiquiatria - radiologia – urologia.



PERGUNTA 111: Por favor ratificar nosso entendimento de que a cobertura para cirurgia plástica reparadora está subordinada as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN n.o 428?

Resposta: Entendimento correto.

Item 17.1 do termo de referência: As despesas hospitalares (MÓDULO 1) decorrentes de internação correrão por conta da contratada, compreendendo: medicamentos, anestésicos, oxigenoterapia, transfusão de sangue e derivados, demais recursos terapêuticos utilizados durante o período de internação

PERGUNTA 112: Por favor ratificar nosso entendimento de que o item “medicamentos” está subordinada as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN n.o 428?

Resposta: Entendimento correto.

PERGUNTA 113: Podemos entender, que visando manter o equilíbrio econômico do Contrato, os prêmios deste Seguro serão reajustados com o VCMH independente do resultado? Ou seja, será aplicado Reajuste VCMH e caso ultrapasse o ponto de equilíbrio de 75% será aplicado também o Reajuste Técnico?

Resposta: O reajuste será conforme o item 19 do edital.

PERGUNTA 114: Podemos entender que o Reajuste Técnico será calculado sempre que a IS (Índice de Sinistralidade) se situar acima de 0,75 (setenta e cinco) ou 75% (setenta e cinco por cento), a contraprestação pecuniária será reajustada, conforme a seguinte fórmula:

$$IS = \Sigma Sa / \Sigma Pp$$

$$IR = ((IS / 0,75) - 1) * 100$$

Legenda:

Sa = Sinistros apurados pela contratada no período analisado.

Pp = Contraprestação pecuniária líquida paga à contratada no período analisado.

IR = Índice de Reajuste.

IS = Índice de Sinistralidade.

0,76 = Índice Máximo de Sinistralidade.

Sempre que o IR for maior que 01 (um), os prêmios poderão reajustados pelo índice apurado, desde que formalmente solicitado pela CONTRATADA.

Resposta: O reajuste será conforme o item 19 do edital.



PERGUNTA 115: Podemos entender que o reajuste será aplicado sobre o valor pelo total geral das vidas, independente do plano cadastrado?

Resposta: O reajuste será conforme o item 19 do edital.

PERGUNTA 116: Para análise e precificação, gentileza enviar o relatório de sinistralidade com prêmio, sinistro e evolução de vidas dos últimos 12 meses, distribuição de vidas e prêmios por plano, bem como informações complementares sobre casos de afastados, home care, crônicos e gestantes.

Resposta: Não possuímos o relatório de sinistralidade, com prêmio, sinistro e evolução de vidas dos últimos 12 meses, distribuição de vidas e prêmios por plano. As informações sobre os casos afastados foram respondidos nos questionamentos anteriores.

PERGUNTA 117: Gentileza esclarece quais impostos incidem sobre este órgão.

Resposta: Em regra geral IR, PIS.COFINS,CSLL, ISS e INSS.

Item 5.2 alínea “d” e alínea “e”: d) Serviços Auxiliares ou Complementares de Diagnóstico e Tratamento, em unidades de atendimento, no mínimo, nas seguintes modalidades; Fator V Luden; Prova laboríntica; Prova labiríntica e e) Procedimentos para Anticoncepção

PERGUNTA 118: Favor ratificar nosso entendimento de que os procedimentos elencados acima estão subordinados nos termos do Rol da ANS e das Diretrizes de Utilização (DUT) aplicáveis.

Resposta: Entendimento Correto

PERGUNTA 119: Favor ratificar nosso entendimento de que a coparticipação para internação psiquiátrica estará permitida.

Resposta: Não há previsão de coparticipação para qualquer tipo de internação.

Item 6.8.1 do termo de referência: Observada a indicação do médico assistente, e desde que haja anuência do paciente ou de seu representante legal, a Contratada poderá oferecer serviço de home care como alternativa à internação hospitalar, entendido aquele como forma especial de internação do paciente fora do ambiente hospitalar, não se confundindo os serviços abrangidos pelo home care, com aqueles prestados pela figura do cuidador.

PERGUNTA 120: Considerando que trata-se de um item não previsto no Rol da ANS. Por favor ratificar o entendimento de que a autorização se dará mediante a métodos de regulação da operadora, considerando análise técnica da operadora da operadora mediante avaliação de



instrumentos padronizados para a indicação dos serviços de Atenção Domiciliar e scores de avaliação funcional. Estão ciente e de acordo?

Resposta: Sim.

Item 1 do termo de referência: Contratação de empresa de prestação de serviço de Plano de Saúde ou Seguradora para atendimento aos funcionários da Companhia de Desenvolvimento Urbano da Região Portuária do Rio de Janeiro S/A – CDURP e seus dependentes, referente à Assistência Médico Hospitalar e Odontológica, sem coparticipação, e abrangência em todo o território nacional, com acomodação individual em quarto, podendo ser Plano de Saúde Médico Hospitalar e Odontológico ou Seguro Saúde Médico Hospitalar e Odontológico, conforme especificado no Termo de Referência, na forma da Lei.

PERGUNTA 121: Por favor ratificar o entendimento de que as coberturas previstas em contrato são aquelas previstas no rol de procedimentos da Agência de Saúde Suplementar, atualmente, na Resolução Normativa no 428 e cumprida eventuais diretrizes de utilização.

Resposta: Entendimento correto.

Item 5.2 do termo de referência: Assistência Médica Emergencial, em unidades de atendimento, 24 horas diárias, por profissionais e serviços que permitam ao beneficiário a assistência clínica e cirúrgica de emergência e/ou urgência, com internação em Unidade de Tratamento Intensivo, abrangendo, pelo menos, as seguintes especialidades: psiquiatria.

PERGUNTA 122: Por favor ratificar o entendimento de que os atendimentos e internações psiquiátricos de acordo como que estabelece o ROL da ANS.

Resposta: Entendimento correto.

PERGUNTA 123: Por favor informar se as condições do produto abaixo transcritas, serão aceitas pelo CDURP: O serviço de Home Care 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.

Resposta: Entendimento correto.

Item 6.11.2 do termo de referência: No caso de atendimento psicoterápico, a cobertura será limitada a 54 (cinquenta e quatro) sessões por ano de vigência contratual, na rede credenciada ou sob a forma de reembolso pela tabela da Contratada.

PERGUNTA 124: Por favor ratificar o entendimento de que a quantidade de atendimento psicoterápico dependerá do CID. Além disso, favor ratificar o entendimento de que o item acima está de acordo com as regras da DUT RN 428, conforme abaixo:

108. SESSÃO DE PSICOTERAPIA

1. Cobertura mínima obrigatória de 18 sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um

dos seguintes critérios:

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 a F98);
- d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);
- e. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30 a F39);
- f. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19);
- g. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos de personalidade. (CID F60 a F69). Item 6.13.1 do termo de referência: Quando do fornecimento de próteses, deverão ser utilizadas próteses importadas caso não exista similar nacional reconhecida pela ANVISA.

Resposta: O atendimento está de acordo com as normas da ANS. O limite de atendimento são de 54 sessões por ano. A ANS estipula o atendimento mínimo de 18 sessões, obedecendo a critérios determinados.



Item 6.13.1 do termo de referência: Quando do fornecimento de próteses, deverão ser utilizadas próteses importadas caso não exista similar nacional reconhecida pela ANVISA.

PERGUNTA 125: Por favor ratificar o entendimento de que as próteses deverão estar registradas na ANVISA, de acordo com a RN 428.

Resposta: Entendimento correto.

Item 14.5.1 do termo de referência: As inclusões ocorridas após o prazo de 30 (trinta) cumprirão o prazo de carências previstos no inciso V do art. 12 da Lei 9.656/98, a seguir:

- a) 300 (trezentos) dias para partos a termo;
- b) 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos;
- c) 24 (vinte e quatro) horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência

PERGUNTA 126: Por favor ratificar o entendimento de que poderá aplicar as carências conforme tabela abaixo:

PROCEDIMENTO	De 03 (três) a 09 (nove) vidas	De 10 (dez) a 29 (vinte e nove) vidas	Igual ou Superior a 30 (trinta) vidas
	PRAZO	PRAZO	PRAZO
Atendimento de Urgência e Emergência	24 horas	24 horas	Isento
Consulta	15 dias	15 dias	Isento
Exames Básicos	15 dias	15 dias	Isento
Exames Especiais	30 dias	30 dias	Isento
Procedimentos Ambulatoriais Especiais	30 dias	30 dias	Isento
Internações Clínicas	180 dias	120 dias	Isento
Internações Psiquiátricas	180 dias	120 dias	Isento
Internações Psiquiátricas em Hospital Dia	180 dias	120 dias	Isento
Internações Cirúrgicas	180 dias	120 dias	Isento
Atendimento Médico/Hospitalar relacionado à internação obstétrica, exceto parto à termo	180 dias	120 dias	Isento
Parto à Termo	300 dias	300 dias	Isento
Transplantes	180 dias	120 dias	Isento
Assistência Domiciliar	180 dias	180 dias	Isento

Resposta: Entendimento correto.



Item 6.1 e 6.10 do termo de referência: 6.1 A operadora contratada deverá assegurar aos beneficiários regularmente inscritos nos Planos de Assistência à Saúde oferecidos, os serviços e condições abaixo descritos, observando-se, ainda, a lei no 9.656, de 03/06/98 e suas alterações, bem como as resoluções do CONSU e da ANS.

6.10 A Contratada deverá garantir as diárias, acomodações e refeições aos acompanhantes de beneficiários internados, independente da faixa etária do paciente, sem nenhum ônus adicional para os beneficiários e para a CONTRATANTE.

PERGUNTA 127: Por favor ratificar nosso entendimento de que as acomodações e refeições, serão realizadas de acordo com as regras da Resolução Normativa RN 387, revogada para RN 428 em vigor.

Resposta: Entendimento correto.

Item 6.11.1 do termo de referência: No caso de Psiquiatria (incluindo os casos de Dependência Química), é obrigatório, por parte da CONTRATADA, o custeio total nos casos de internação hospitalar e de assistência ambulatorial, na rede credenciada ou sob a forma de reembolso pela tabela da Contratada, respeitados os limites de 180 dias de internação em hospital/clínica psiquiátrica e 365 dias de internação em hospital - dia psiquiátrico, por ano de vigência contratual.

PERGUNTA 128: Com base no artigo 35, inciso IV da Lei 9.656/98, é vedado o limite de prazo para internação. Dessa forma, ratificar o entendimento da licitante de que não haverá limite de prazo para internação psiquiátrica.

Resposta: Entendimento correto.

Item 17.2 e 17.3 do termo de referência: O catálogo referente ao item 11.6 será atualizado, no mínimo anualmente. A contratada informará as alterações ocorridas nesse período da forma que melhor convier à mesma e ao usuário.

17.3 No catálogo deverá constar à relação de serviços próprios, credenciados e/ou referenciados da contratada, assim como a relação de profissionais credenciados por especialidade, além do endereço e telefone.

PERGUNTA 129: Por favor ratificar o entendimento de que as informações serão prestadas via Portal Movimentações da ANS. Além disso, Por questões de Política Ambiental e de Sustentabilidade, o Guias médicos/Manual de Rede Referenciada está disponível no site desta Seguradora para consulta, além ainda, da disponibilização de atendimento telefônico 0800 e aplicativo eletrônico para acesso via celular. Considerando as questões que envolvem a sustentabilidade ambiental e o volume de rede credenciada, este órgão licitante poderá desconsiderar a entrega do Manual de rede credenciada?

Resposta: A contratada deverá encaminhar no mínimo 05 guias médicos/ Manual de Rede Referenciada à contratada para arquivo e consulta dos funcionários na Companhia.



Item 8.3 do termo de referência: Para facilitar o acesso pelos beneficiários, a tabela utilizada para cálculo de valor de reembolso deverá ser amplamente divulgada pela Contratada em sua sede, em seu sítio na internet e nas sedes do Contratante e das Seções Judiciárias, devendo ser indicados os meios de esclarecimento da mencionada tabela, como por exemplo, atendimento por telefone ao consumidor;

PERGUNTA 130: A licitante poderá desconsiderar o item acima no que diz a respeito as Seções Judiciárias?

Resposta: Sim.

PERGUNTA 131: No anexo II informa que a quantidade de beneficiários corresponde a 98 vidas, porém no item 15.2 informa que o cenário atual é de 97 vidas seguradas. Desta forma questionamos qual o número de vidas correto?

Resposta: O número de vidas correto é de 97 vidas.

PERGUNTA 132: Conforme informado no questionamento 42, o número de vidas são 97 beneficiários, porém no anexo II no somatório da quantidade de usuários resulta em 98 beneficiários. Em qual faixa etária deverá ser excluído o beneficiário para totalizar 97?

Resposta: Deverá ser o quantitativo apresentado no item 15.2 do anexo II da ultima versão do Edital (pg. 53 do Edital).

PERGUNTA 133: Conforme o questionamento 19, o julgamento se dará pelo valor total de 12 meses, porém no anexo II da proposta o total do cálculo é para 24 meses. No momento do cadastro da proposta. deverá incluir o valor para 12 meses?

Resposta: O prazo para a contratação é de 24 meses, conforme o item 7 do edital. O questionamento 19 foi respondido antes da alteração do edital.