

# TERRACAP - PEDIDO DE ESCLARECIMENTOS - EDITAL DE PE 04/2021 - PROCESSO 00111-00007409/2020-05

licitacoes <licitacoes@grupoelobeneficios.com.br>

qua 16/06/2021 21:41

Para:CPLIC - Comissão Permanente de Licitação <CPLIC@TERRACAP.DF.GOV.BR>;

Prioridade: Alta

À  
**COMPANHIA IMOBILIÁRIA DE BRASÍLIA – TERRACAP**  
Comissão Permanente de Licitação para Contratação de Bens, Serviços e Obras  
EDITAL DE PE 04/2021  
PROCESSO 00111-00007409/2020-05

Senhor Pregoeiro,

Encaminho para apreciação de V.Sa. o pedido de esclarecimentos referente ao Edital de PREGÃO ELETRÔNICO Nº 04/2021.

A Elo Administradora de Benefícios, inscrita no CNPJ sob o nº 13.122.792/0001-19 e registrada na ANS sob o nº 41842-1, interessada em participar deste certame, cujo objeto transcrevemos a seguir, vem respeitosamente solicitar os seguintes esclarecimentos:

1. *A presente licitação tem por objeto a Contratação de Operadora de Plano de Saúde ou Administradora de Benefícios com o intuito de oferecer plano de saúde aos empregados da TERRACAP, ativos e inativos, bem como a seus dependentes, visando atendimento conforme especificações nos termos do Termo de Referência constante do Processo nº 00111-00007409/2020-05 e de conformidade com os termos deste Edital e demais especificações contidas em seus anexos.*

## GERAL:

-

**Questão 1** – Com relação à confirmação do correto dimensionamento da rede de prestadores, solicitamos informar:

**Pergunta 1:** Qual a distribuição geográfica dos beneficiários por município, e em números, considerando o endereço residencial?

**Questão 2** – Com relação ao cálculo atuarial a ser realizado, objetivando precificação adequada dos planos de saúde a serem ofertados, solicitamos informar:

**Pergunta 2:**

- a. Quais os planos atuais e a quantidade de vidas (titulares e dependentes) de cada plano?
- b. Atualmente existem afastados na massa? Caso positivo qual(is) a(s) Cid(s) – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde?
- c. Atualmente existem beneficiários internados, beneficiários em tratamento continuado ou em home care? Caso positivo qual a(s) Cid(s)? Relacionar – Recursos Hospitalares / Custos.
- d. Existem beneficiários com doenças crônicas? Caso positivo, informar a(s) Cid's.
- e. Possui gestantes? Caso afirmativo, qual o quantitativo?
- f. Possui atualmente Agregados ou remidos? Caso afirmativo, qual o quantitativo?
- g. Existem tratamentos de longo prazo já iniciados ou em previsão de término nos próximos 6 meses?

- h. Solicitamos informações referentes aos 10 maiores utilizadores (Cid's/custos), se possível com relatório detalhado referente aos últimos 12 meses.
- i. Os beneficiários inscritos na(s) operadora(s) atual(ais) contribuem com algum valor para o plano de assistência à saúde? Caso afirmativo, favor especificar os valores ou percentuais.
- j. Há ocorrência de liminares vigentes (informar a data de início da liminar e se o custo é pago pela operadora ou pela Terracap)?
- k. Quais as características contratuais vigentes: coberturas, abrangência, percentual de coparticipação; regras de reajuste (incluindo break-even), reembolso?

**Questão 3** – Com relação à contratação das Operadoras, considerando a abrangência de rede dos Planos oferecidos, o item 2.1. do T.R., abaixo transcrito, estabelece:

*2.1. Contratação de Operadora de Plano de Saúde ou Administradora de Benefícios, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para a prestação de serviços de Assistência Médica e Hospitalar, fornecimento de plano de saúde, na modalidade Coletiva Empresarial por adesão com abrangência Regional (Distrito Federal) e Nacional, conforme condições e especificações constantes neste Edital e seus anexos.*

**Pergunta 3:** Solicitamos esclarecer:

- a. No caso das Administradoras de Benefícios, as mesmas poderão ofertar Planos Nacionais de uma(s) Operadora(s) e planos regionais (estaduais ou grupo de municípios – DF) de outra(s) Operadora(s) ?
- b. No caso de participação direta de Operadoras, só poderão participar aquelas que possuam planos nacionais e regionais?

#### DA ANÁLISE DO EDITAL:

**Questão 4** - Com relação à apresentação de propostas por lote, o item 7.4 do Edital estabelece, conforme abaixo transcrito:

*7.4. Os licitantes deverão encaminhar proposta, por lote, em moeda nacional do Brasil, até a data e hora marcada para o recebimento das propostas, exclusivamente por meio do sistema eletrônico, no endereço eletrônico [<http://www.licitacoes-e.com.br>, quando] [www.licitacoes-e.com.br](http://www.licitacoes-e.com.br), quando, então, encerrar-se-á, automaticamente, a fase de recebimento de propostas.*

**Pergunta 4:** Podemos entender que a participação se dará por lote de produto nacional e regional e que a participação se dará com produtos nacional e regionais ou apenas um dos dois tipos de produto?

**Questão 5** – Com relação ao pagamento a ser efetuado, os itens 17.2. e 17.3 do Edital, estabelecem conforme abaixo transcritos:

*17.2. O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias úteis após atesto da fatura, pelo executor do contrato, mediante crédito em conta corrente, conforme estabelecido no ato da assinatura do contrato/empenho.*

*17.3. CNPJ constante na Nota Fiscal deverá ser o mesmo indicado na proposta e Nota de Empenho.*

**Pergunta 5:** Primeiramente, faz-se necessário contextualizar que as Administradoras de Benefícios se dedicam à construção (por intermediação) de soluções coletivas customizadas de assistência à saúde, figurando como Estipulante na relação contratual entre a pessoa jurídica contratante e as empresas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Nessa condição, a Administradora receberá o valor total pela prestação dos serviços, onde se inclui o recebimento da parcela destinada à remuneração das Operadoras.

Isto posto, nos termos da “Solução de Consulta SEFAZ nº 13/2013 – Administradora Plano de Saúde – exclusão da tributação valor recebido em favor Operadora (Página 65 – DODFI)”, os valores contratualmente destinados a terceiros (Operadoras de Planos de Assistência à Saúde), simplesmente arrecadados pelas Administradoras, devem ser segregados da base de cálculo dos tributos próprios devidos pelas Administradoras.

Ademais, as Administradoras de Benefícios, enquanto inseridas em um Setor altamente regulado, se obrigam a seguir as regras da ANS, ocasião em que o Plano de Contas editado pela Agência Reguladora, veda a utilização de mais de um código de serviço por documento fiscal emitido (contas contábeis 31.31.19100 e 31.32.19100).

Por tais razões, as Administradoras de Benefícios, enquanto estipulantes do contrato, estão desobrigadas da emissão de Nota Fiscal de Serviços Eletrônica – NFS-e à terceiros, sendo exigida apenas a formalização de emissão de NFS-e contra si mesma, indicando no campo respectivo a própria Administradora como tomadora do serviço. A Administradora deverá, ainda, consignar no campo “descrição dos serviços”, a expressão “REFERENTE CONTRATO CELEBRADO COM \_\_\_\_\_ EM \_\_\_\_\_”, preenchendo as lacunas como o nome do Órgão/Autarquia contratante e a data de assinatura do contrato, respectivamente, tendo como base de cálculo, apenas e exclusivamente o valor da parcela que lhe cabe (taxa de administração).

Por todo o exposto e considerando os itens 14.2. e 14.3 do T.R., acima transcritos, podemos entender que o pagamento poderá ser efetuado exclusivamente, mediante a apresentação de relatório analítico contendo de forma pormenorizada os dados do contrato e a composição da totalidade dos Beneficiários vinculados, devidamente acompanhado do respectivo boleto de pagamento - prática comumente aceita por Órgãos Públicos, que garante a lisura e total transparência ao processo -, bem como que a comprovação de quitação junto à Operadora, poderá ser feita por Declaração de Quitação emitida mensalmente pela Operadora? Além disso, a TERRACAP assumirá integralmente o pagamento das faturas ou haverá parte do pagamento a ser assumida pelo empregado titular do plano de saúde?

#### DA ANÁLISE DO TERMO DE REFERÊNCIA:

**Questão 6** – Com relação à cobertura de procedimentos, relacionadas nos itens 4.6 e 4.7. do T.R., abaixo transcritos, estabelecem:

*4.6. Serviços médicos: de diagnóstico, hospitalares, exames complementares e auxiliares, que deverão abranger todas as especialidades previstas no rol de procedimentos da ANS e em todas as suas Resoluções Normativas (RNs) e ainda:*

*4.6.1. Clínica e cirurgia oftalmológica, incluindo correção de miopia, conforme ANS;*

*4.6.2. Cirurgia bariátrica, mediante justificativa de junta médica e exames médicos exigidos pela ANS;*

*4.6.3. Fisiatria;*

*4.6.4. Fonoaudiologia, conforme a ANS;*

*4.6.5. Nutrição, conforme a ANS;*

*4.6.6. Psicologia, conforme ANS;*

*4.6.7. Psiquiatria, conforme ANS;*

*4.7. Serviços complementares de diagnóstico e de tratamento, que deverão abranger todas as especialidades previstas no rol de procedimentos da ANS, inclusive:*

*4.7.1. Angiotomografia das coronárias;*

*4.7.2. Cirurgia refrativa (PRK ou LASIK), conforme ANS;*

*4.7.3. Diárias, serviços e taxas hospitalares em apartamento individual (quarto privativo);*

*4.7.4. Endoscopia digestiva, vídeo-endoscopia (VEDA), colonoscopia e colangiografia transendoscópica;*

*4.7.5. Escleroterapia, conforme a ANS;*

*4.7.6. Exames e procedimentos complementares, inclusive os de estudo e testes genéticos aprovados pela ANS;*

*4.7.7. Fisioterapia, conforme a ANS;*

*4.7.8. Internação hospitalar, em quarto individual e com direito a um acompanhante, sendo que o acompanhante fará jus às refeições, local apropriado para descanso, no mesmo quarto do paciente, conforme a ANS;*

*4.7.9. Internação psiquiátrica, mediante justificativa médica, conforme ANS;*

*4.7.10. Remoção justificada pelo médico assistente (deslocamento de paciente enquanto estiver internado);*

4.7.11. *Tratamento de Dependência Química, mediante justificativa médica, conforme resoluções da ANS;*

4.7.12. *Programas de prevenção e promoção em saúde, na modalidade de atendimento em grupo e/ou individual, conforme portfólio do plano disponibilizado pela CONTRATADA no ato da contratação.*

**Pergunta 6:** Está correto o nosso entendimento que:

a. Os planos de saúde deverão oferecer cobertura exclusivamente para os procedimentos elencados no Rol de Procedimentos da ANS vigente, atualmente em conformidade com a RN 465/2021, exceto para o procedimento abaixo, que não possui cobertura no Rol de Procedimentos da ANS e deverá ser tratado como cobertura extra rol?

4.7.4. (...) e *colangiografia transendoscópica*; - Não consta no Rol de Procedimentos vigente

b. A cobertura prevista no item 4.7.10, se refere à remoção inter-hospitalar, conforme estabelecido na RN ANS 347/2014?

4.7.10. *Remoção justificada pelo médico assistente (deslocamento de paciente enquanto estiver internado);*

**Questão 7** – Com relação à rede credenciada, o item 5.1 do T.R. e seus subitens 5.1.1 e 5.1.2 do T.R., dispõem, conforme abaixo:

5.1. *A proponente deverá disponibilizar para a prestação dos serviços, e demonstrar na fase de habilitação, a relação da Rede de Atendimento, própria ou credenciada, em todo o território nacional, em todas as capitais de, no mínimo:*

5.1.1 *2 (dois) hospitais de grande porte, que: (...)*

5.1.2 *No mínimo 5 (cinco) hospitais de grande porte, no Distrito Federal, que: (...)*

**Pergunta 7:** Podemos entender que, caso em alguma localidade onde não exista prestador para uma determinada especialidade exigida e haja necessidade de atendimento por parte dos beneficiários, será aceito o reembolso integral?

**Questão 8** – Com relação aos relatórios de Sinistralidade, os itens 6.1. e 6.2. do T.R., abaixo transcritos, estabelecem:

6.1. *A CONTRATADA, para prestação da assistência à saúde, deverá encaminhar relatórios e extratos sobre a utilização do plano, conforme descrição a seguir:*

6.1.1. *Ao Executor do contrato, trimestralmente, relatórios de sinistralidade, visando acompanhamento e a realização de campanhas preventivas/educativas;*

**6.1.2. Ao Médico do Trabalho da TERRACAP, relatório detalhado de utilização por titular, contendo o nome do usuário, a data de utilização, a especialidade, o procedimento e o valor de tabela do evento, quando solicitado;**

6.1.3. *Para o beneficiário titular, por solicitação, via correspondência ou por meio eletrônico, extrato detalhado de utilização por titular contendo o nome do usuário, a data de utilização, o local de atendimento, a especialidade, o procedimento e o valor de tabela do evento.*

**6.2. A TERRACAP poderá solicitar o envio de relatórios detalhados e ainda outras informações que julgar necessárias ao acompanhamento da execução do contrato. Tais relatórios poderão ser auditados (por equipe médica e atuarial) visando à comprovação dos valores e procedimentos alegados pela CONTRATADA. A falta de apresentação dos relatórios acarretará as penalidades previstas em contrato, incluindo a ausência de aplicação do reajuste técnico ou por sinistralidade previsto no item 11;**

**Pergunta 8:** A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD, nº 13.709, de 14/08/2018, assegura à todos os cidadãos o direito à proteção aos seus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, aí incluídas suas informações de saúde, assim, solicitamos esclarecer:

a. Considerando que o médico do trabalho, em geral, não é o médico pessoal do empregado/colaborador, de que forma será obtido o consentimento formal do trabalhador para que a Operadora forneça os dados relacionados no item 6.1.2.?

b. Considerando a LGPD, poderão ser fornecidos relatórios gerenciais de acompanhamento da sinistralidade?

**Questão 9** – Com relação à entrega da documentação pela mais bem classificada após a fase de lances, o item 7.1.1. estabelece, conforme abaixo transcrito:

*7.1.1. Rede credenciada de atendimento para o plano apresentado, compatível com os termos deste Termo de Referência;*

**Pergunta 9:** Tendo em vista o tamanho das redes credenciadas, cuja impressão demandaria uma quantidade muito grande de folhas, e considerando os princípios de sustentabilidade e responsabilidade ambiental, será permitida a entrega das relações de rede credenciada via mídia digital (CD, DVD, ou Pen Drive)?

**Questão 10** – Com relação ao fornecimento das carteiras do plano, o item 7.6., estabelece, conforme abaixo:

*7.4. Entregar, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, segunda via de carteira do beneficiário, sempre quando for solicitado pelo beneficiário;*

**Pergunta 10:** Atualmente as operadoras disponibilizam carteira de identificação através de aplicativo móvel, que também é utilizado pela rede credenciada, o que traz os seguintes benefícios:

- a) evita o extravio do cartão e o risco de utilização indevida por outrem;
- b) mitiga a necessidade de ser solicitado novo cartão, evitando mais custo;
- c) reduz o custo da operação;
- d) impede que o beneficiário não seja atendido por não portar o referido cartão;
- e) quando do cancelamento do plano, não há a necessidade de devolver o cartão, pois é automaticamente cancelado no aplicativo;
- f) contribui para o desenvolvimento nacional sustentável.

Deste modo, as Operadoras poderão disponibilizar a Carteira de Identificação por meio de aplicativo móvel, em substituição ao cartão físico, tanto para os planos de saúde quanto para os planos odontológicos?

**Questão 11** – Com relação às exigências para Qualificação Técnica, o item 12.5 do T.R. estabelece:

*12.5. Caso a vencedora do certame seja uma ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS ou SEGURADORA, a mesma deve apresentar qual operadora e plano estão sendo ofertados, de modo a cumprir integralmente os requisitos do presente Termo de Referência, nos termos da RN 196 da ANS, em especial o seu art. 4º, apresentar contrato social e procuração com poderes para fornecer a declaração de corresponsabilidade.*

**Pergunta 11:** Está correto nosso entendimento que a exigência acima se refere exclusivamente à Administradoras de Benefícios, visto que as Seguradoras são classificadas na ANS como Operadoras de Planos Assistenciais e comercializam seus próprios planos de saúde, não tendo como apresentar outras operadoras?

**Questão 12** – Com relação às obrigações da Contratada o item 16.4. do T.R., estabelece, conforme a seguir:

*16.4. Não estabelecer limites, mensais ou anuais, para utilização de quaisquer serviços a serem prestados, tanto para o associado e seus dependentes;*

**Pergunta 12:** O Rol de Procedimentos possui Diretrizes de Utilização (DUT), que são normas elaboradas pela ANS que servem para a orientação e regulamentação do uso adequado de procedimentos médicos e exames complementares, e onde constam procedimentos com número de sessões delimitadas em função do CID. Nestes casos, não há que se falar em não estabelecimento de limites. Cientes e de Acordo?

**Questão 13** – Ainda com relação às obrigações da Contratada o item 16.9 do T.R. estabelece, conforme abaixo transcrito:

*16.9. Manter permanentemente, central de atendimento especializada 24 horas com vistas a fornecer informações, atualizações e esclarecimentos sobre o plano aos associados e interessados, bem como autorizar procedimentos que necessitem de tal providência. Disponibilizar ainda, central de atendimento especializado no DF para atendimento presencial ou online, em caso de impossibilidade daquele, em dias úteis e horário comercial;*

**Pergunta 13:** O atendimento às demandas de planos de saúde é regulamentado pela RN ANS 395/2016, que estabelece, conforme abaixo:

Art. 5º Para prestarem o atendimento previsto no art. 4º, as operadoras deverão disponibilizar e divulgar, de forma clara e ostensiva, os seguintes canais:

- I – Atendimento presencial, indicando os endereços disponíveis para atendimento ao beneficiário; e
- II – Atendimento telefônico, contendo número da respectiva central de atendimento.

Parágrafo único. A disponibilização de meio de atendimento via Internet é facultativa para fins de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial.

(...)

Art. 7º O atendimento telefônico de que trata o inciso II do art. 5º deve ser assegurado:

- I – Durante 24 (vinte e quatro) horas, sete dias da semana, nas operadoras de grande porte;
- II – Nos dias úteis e em horário comercial, nas operadoras de pequeno e médio porte, nas exclusivamente odontológicas e nas filantrópicas, exceto para os casos envolvendo garantia de acesso a coberturas de serviços e procedimentos de urgência e emergência, nos quais deverá haver oferta de canal telefônico para orientação por 24 (vinte e quatro) horas, sete dias da semana.

Parágrafo único. O horário comercial respeitará as peculiaridades de cada região, aplicando-se, para tanto, as regras do local onde funcionar o atendimento.

Assim sendo, podemos considerar que serão observadas as regras contidas na RN 395/2016, ressaltando que, no caso desta Administradora, a Operadora parceira possui Central de Atendimento 24x7?

**Questão 14** – Com relação aos critérios de reajuste, o item 17.1. do T.R., estabelece conforme transcrição a seguir:

*17.1. No caso de prorrogação, os preços poderão ser reajustados mediante negociação entre as partes, momento no qual será apreciada a possibilidade da aplicação da variação do IPCA, item “Saúde e Cuidados Pessoais”, subitem “Plano de Saúde”, no período entre o mês básico da apresentação da proposta e o mês anterior ao reajuste, observando o interregno mínimo de 12 (doze) meses, para compensar as perdas decorrentes de inflação nos preços de serviços de saúde;*

**Pergunta 14:** A vigência contratual, conforme item 8.1. do T.R., será de 24 meses, conforme a seguir: *8.1. A vigência do contrato, tendo em vista as eventuais variações de sinistralidade, que pode ser eventualmente compensada nos meses subsequentes, será de 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data da sua celebração, podendo ser prorrogado na forma do art. 71, caput, da Lei nº 13.303/2016.*

Solicitamos esclarecer:

- a. Considerando o item 17.1, acima citado, podemos entender que a cada 12 meses, à partir da vigência do contrato será apreciada a possibilidade da aplicação da variação do IPCA, item “Saúde e Cuidados Pessoais”, subitem “Plano de Saúde”, para compensar as perdas decorrentes de inflação nos preços de serviços de saúde?
- b. As operadoras de saúde, como regra de mercado, adotam a taxa de 70% de sinistralidade como ponto de equilíbrio dos planos de saúde, conforme consta em suas condições contratuais. Desta forma questionamos, se poderá ser considerada no cálculo do reajuste a taxa de sinistralidade (Break-even) de 70% (setenta por cento)?

Nestes termos, aguardamos os esclarecimentos solicitados e agradecemos antecipadamente a atenção dispensada.

Atenciosamente,