

Pedido de esclarecimentos protocolado pela empresa AMIL ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL S/A:

- 1- Os itens 7.1.4. e 7.1.6 estão divergentes. Enquanto o item 7.1.4 baseia-se no art. 5º, § 1º, da RN nº 195/2009 da ANS que prevê a manutenção do plano em caso de rescisão sem justa causa e/ou aposentadoria , o item 7.1.6 menciona expressamente possibilidade de exclusão do beneficiário mediante demissão. Sendo assim, os beneficiários farão jus à permanência no plano como demitidos ou aposentados, nos termos e condições dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e RN 279 da ANS, está correto nosso entendimento? Caso negativo, por favor especificar detalhadamente.

RESPOSTA: ESTÁ CORRETO O ENTENDIMENTO. Todos os demitidos ou aposentados podem permanecer no plano conforme a Lei lhes faculta.

- 2- O item 8.2 do termo de referência prevê isenção de carência, mas é silente quanto ao prazos para inclusões, o qual geralmente é de no máximo 30 dias da vinculação do beneficiário junto à pessoa jurídica contratante, e para os casos de inclusão ocorridas fora do prazo de 30 dias contados do fato gerador. Assim, podemos entender que considerando o preâmbulo do referido Edital que vincula a presente contratação à Lei 9.656/98 e pelas Resoluções da ANS serão respeitados os prazos de prazos de carência previstos na legislação, caso o beneficiário seja incluído fora do prazo? Pela legislação de planos de saúde, artigo 12, V, a da Lei 9656/98, contratados a partir de 02 de janeiro de 1999 ou adaptados à lei, a empresa que vende o plano de saúde pode exigir:

RESPOSTA: SIM, os prazos serão respeitados.

- 3- Favor ratificar nosso entendimento que os serviços relacionados nos itens 9.4, 9.11.5 e 9.11.6 se nortearão com as condições estabelecidas ao Rol e Diretrizes de Atendimento do anexo II da RN 428?

RESPOSTA: RATIFICAMOS.

- 4- No item 11.4 aduz que nos casos de urgência ou emergência que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, quando não for possível a utilização dos serviços na rede atendimento oferecida pela CONTRATADA, caracterizados em declaração do médico assistente. Entretanto o item contraria o disposto no artigo 12, VI da lei 9656/98, o qual estipula que em casos de urgência e emergência quando não for possível a utilização de rede própria ou credenciada pela operadora, o reembolso será devido nos limites das obrigações contratuais. Desta forma solicitamos a revisão do item.

RESPOSTA: CORRETO, no entanto é desnecessário a revisão do item, uma vez que há Lei superior aos ditames do certame, e as Leis serão respeitadas pelo CFA.

- 5- Solicitamos maiores esclarecimento sobre a disputa dos lances, será pelo valor total de cada item ou pelo valor total mensal?

RESPOSTA: Os lances serão por grupo fechado, item a item, no total mensal, porém vencerá aquele que apresentar o melhor lance global total na somatória dos Itens. Considerar o valor mensal para os lances.

- 6- No item 9.6. aduz que Serão cobertos pela CONTRATADA exames e/ou procedimentos solicitados por profissional devidamente qualificado, ainda que este não integre a rede

própria ou credenciada da operadora, ou da seguradora nos termos da legislação vigente. Favor ratificar nosso entendimento que somente haverá cobertura, caso o exame e ou procedimento, esteja previsto no rol de procedimentos da ANS?

RESPOSTA: RATIFICAMOS.

- 7- No item 12.1.6. sobre o credenciamento de, no mínimo, 03 (três) clínicas e/ou médicos para cada especialidade médica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, conforme Resolução CFM n° 1.845, de 12 de junho de 2008, com exceção das especialidades genética médica, nutrologia, cirurgia de mão, Infectologia, Endocrinologia infantil, Neuropediatria Infantil, Alergologista Pediatra, Homeopatia e Endocrinologia para as quais só será necessário comprovar credenciamento com, no mínimo 02 (duas) clínicas e/ou médicos e radioterapia que só será exigido comprovar credenciamento com, no mínimo 01 (um) médico e/ou clínica. Ocorre que a exigência do referido item sobre o quantitativo de prestadores no mínimo 3 médicos/ clínicas para cada especialidade médica é totalmente excessiva, desarrazoada, uma vez o número de beneficiários descrito no edital é de 100 vidas. Ademais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza como parâmetro ideal de atenção à saúde da população a relação de 1 médico para cada 1.000 habitantes.

Ressalta-se que não há necessidade de uma rede tão excessiva para atender plena e efetiva o aludido contrato. Desta forma, solicitamos que seja revista essa exigência por parte da administração.

RESPOSTA: Embora a informação editalícia informe que o quantitativo de vidas seja de 100 (cem) vidas, estas vidas não estão todas localizadas no mesmo local em Brasília, portanto, ter este credenciamento é primordial para garantir a oferta de serviço de qualidade. Insta salientar, que o credenciamento aqui não se limita à clínicas, mas faculta o credenciamento de profissional médico, portanto, o item editalício está perfeitamente adequado.