

**ESCLARECIMENTOS**  
**PEDIDO DE ESCLARECIMENTO Nº 8**

**1. Dos Pedidos e dos Esclarecimentos:**

**1.1** O Edital estipula que o credenciamento se estenderá às Administradoras de Benefícios, não estipulando, portanto, quantas administradoras serão credenciadas.

**Perguntamos:**

a) Todas as Administradoras que apresentar proposta e for considerada habilitada, na forma do Edital, será credenciada?

**Esclarecimento:**

O Edital de Credenciamento em seu Objeto solicita no mínimo, 02 (duas) operadoras de Planos de Saúde particular e, no mínimo, 1 (uma) operadora que assegure assistência odontológica, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Todavia, todas as administradoras que forem habilitadas, serão credenciadas.

b) Qual o critério de julgamento para seleção das Administradoras? Em caso de considerar o valor do plano, será este o plano BÁSICO?

**Esclarecimento:**

Esclarecemos que o critério de julgamento para a seleção das Administradoras de Benefícios são aqueles previstos no **Item 5 – Da Habilitação e Proposta de Preços de Plano de Saúde** e no **Item 8 – Da Análise e Julgamento da Documentação**, do Edital de Credenciamento.

**1.2** A Relação jurídica será firmada com a SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO DO DF?

**Esclarecimento:**

Sim, os Termo de Acordos serão firmados entre a Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão - SEPLAG/DF e as Administradoras de Benefícios.

**1.3 II – DO REPASSE DO AUXÍLIO INDENIZATÓRIO**

O item 6, subitem 6.2 estipula que “O auxílio será, preferencialmente consignado, respeitando os limites legais de margem, no contracheque do titular do benefício e será

pago sempre no mês subsequente à apresentação, pelo servidor, do comprovante do pagamento do plano de saúde, o qual deverá ser obrigatoriamente apresentado a unidade de gestão de pessoas de cada um dos órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal, até o 5º (quinto) dia útil de cada mês”. Isso importa dizer que, o valor do auxílio indenizatório será creditado no contracheque do servidor. No entanto, no referido texto vem estatuído que, que referido repasse depende dos limites legais de margem.

**Perguntamos:**

a) O Repasse do auxílio Indenizatório depende de limite legal de margem? Que limite é esse?

**Esclarecimento:**

Sim, o limite legal para o repasse do auxílio indenizatório está disposto no artigo 10 do Decreto nº 28.195/2007, *in verbis*:

Art. 10 - A soma mensal das consignações facultativas de cada servidor não poderá exceder o valor equivalente a trinta por cento da diferença entre a remuneração e as consignações compulsórias.

**1.4** O Repasse do valor do auxílio indenizatório do plano será feito à Licitante, pela SEPLAG/DF, ficando sob a responsabilidade do CONTRATANTE cobrar do servidor apenas a diferença de valor entre o valor ressarcido e o plano escolhido?

**Esclarecimento:**

Informamos que, conforme determinado nos **subitens 11.1 e 24.1**, do Edital de Convocação:

Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes da SEPLAG, a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

**1.5** Qual o valor atual per capita do Repasse?

**Esclarecimento:**

O valor é de 62,00 (sessenta e dois reais).

**1.6 III – DO PERFIL ETÁRIO DA POPULAÇÃO**

Os Anexos do Edital demonstram o perfil epidemiológico da população, mas não informa claramente o perfil etário da população a ser assistida.

Para elaboração do preço é de fundamental importância que seja informado os itens abaixo:

a) Quantidade de beneficiários por:

- Faixa etária (0-18; 19-23; 24-28; 29-33; 34-38; 39-43; 44-48; 49-53; 54-58; > 59);

- Por categoria: Titulares e dependentes;
- Por sexo;
- Nome e CNPJ DO CONTRATANTE

Sem essas informações as Operadoras não têm como calcular seus preços.

Por essa razão solicitamos o envio dessas informações, devidamente atualizada.

**Esclarecimento:**

Acerca do questionamento encaminhado, esclarecemos abaixo o total de servidores por faixa etária, bem como demais informações pertinentes.

<b>TOTAL DE SERVIDORES POR FAIXA ETÁRIA/FAIXA DE VENCIMENTO</b>												
	até 1.499	1.500 - 1.999	2.000 - 2.499	2.500 - 2.999	3.000 - 3.999	4.000 - 5.499	5.500 - 7.499	7.500 - 9.499	9.500 - 12.499	12.500 - 15.499	15.500 ou +	<b>TOTAL</b>
00-18	287	100	89	77	99	74	47	24	9	2	2	<b>810</b>
19-23	121	40	41	46	61	43	20	10	4	1	-	<b>387</b>
24-28	497	44	256	69	446	573	331	1	2	24	5	<b>2.248</b>
29-33	1.034	98	1.074	300	1.499	2.396	1.573	128	15	190	33	<b>8.340</b>
34-38	1.193	328	1.719	930	2.011	4.123	2.678	516	44	445	115	<b>14.102</b>
39-43	908	329	1.423	1.191	1.621	3.109	4.680	563	176	480	183	<b>14.663</b>
44-48	596	368	1.924	1.173	2.150	2.237	6.127	468	374	463	225	<b>16.105</b>



49-53													<b>11.427</b>
54-58													<b>6.371</b>
59 ou +													<b>17.334</b>
<b>TOTAL</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>17.130</b>

Dessa forma, para fins de proposta consideramos que o Universo de “Pessoas”, aptas a aderirem os Planos de Saúde Credenciados incluindo servidores e dependentes totalizam aproximadamente 458 mil pessoas.

<b>TOTAL DE VIDAS</b>												
	até 1.499	1.500 - 1.999	2.000 - 2.499	2.500 - 2.999	3.000 - 3.999	4.000 - 5.499	5.500 - 7.499	7.500 - 9.499	9.500 - 12.499	12.500 - 15.499	15.500 ou +	<b>TOTAL</b>
Ativos	4.706	1.912	13.857	4.890	11.909	15.543	23.135	2.211	1.703	2.559	993	<b>83.418</b>
Aposentados	3.748	2.473	6.566	1.323	7.364	5.801	14.831	1.129	1.754	1.565	803	<b>47.357</b>
Pensionistas	1.143	880	740	722	1.979	1.765	1.354	802	530	172	270	<b>10.357</b>
<b>TOTAL</b>	9.597	5.265	21.163	6.935	21.252	23.109	39.320	4.142	3.987	4.296	2.066	141.132
											<b>DEPENDENTES</b>	<b>317.130</b>
											<b>TOTAL DE VIDAS</b>	<b>458.262</b>

## 1.7 IV – DOS AGREGADOS

No ITEM 5.3.1 estabelece que o servidor poderá incluir o pai, mãe, madrasta e padrasto, irmão, enteado e os netos, cabendo a ele a responsabilidade do pagamento integral.

Perguntamos:

a) A Administradora de Benefícios está obrigada a apresentar preço para esta categoria de beneficiários?

### **Esclarecimento:**

Sim, informamos que é necessário a apresentação de valores para a categoria destacada.

## 1.8 VI – DA CARENCA

O item 7.3 do edital estabelece o prazo de 60 (sessenta) dias, para inclusão sem carência.

a) Perguntamos: Por se tratar de adesão facultativa todos os beneficiários que optarem pelo plano de saúde ficarão sujeitos à análise da declaração de saúde?

### **Esclarecimento:**

Informamos que, durante o período de isenção de carências o preenchimento de declaração de saúde é facultativo aos inscritos. Contudo a sua adesão não poderá ser recusada em função de patologias preexistentes declaradas conforme preceitua a Lei nº 9.656/1998.

A obrigatoriedade do preenchimento da declaração pessoal de saúde após o período de isenção será permitida as operadoras para análise da aplicação das carências e cobertura parcial temporária - CPT - previstas na legislação vigente permitidas pela ANS.

**Comissão Especial de Credenciamento**