



COMPANHIA DOCAS DE SÃO SEBASTIÃO

Av. Dr. Altino Arantes, nº 372 – Centro
11608-623 – São Sebastião - SP

Tel: (+55 12) 3892-1899

Resposta ao esclarecimento feito pela NOTRE DAME Intermédica Saúde S.A., ao Pregão Eletrônico nº 90003/2024– Processo SEI 189.00000334/2023-08 –“CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA PARA DIRETORES, EMPREGADOS E SEUS DEPENDENTES, COM COPARTICIPAÇÃO”.

Em atenção a sua solicitação de esclarecimento – PE 90003/2024 – Assistência Médica, processo SEI 189.00000334/2023-08, seguem as respostas:

1. Qual é a operadora atual?

Resposta: UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS (UNIMED FESP)

2. Quais os últimos 3 reajustes aplicados?

01/07/2021	01/07/2023	01/07/2023
6,54 %	6,70 %	31,50 %

3. Quais os atuais planos e seus respectivos nomes comerciais?

Resposta: Vide item 7 – Categoria dos Planos do Termo de Referência

4. Por favor, informar se existem pacientes crônicos, em uso de medicação especial ou em tratamento de alto custo contendo a idade, gênero, CID, data do afastamento/tratamento, medicação utilizada entre outros.

Sim, respeitando a LGPS (sigilo de dados).

5. Por favor, divulgar relatório de maiores utilizadores nos últimos 12 meses com detalhamento dos sinistros relativos aos mesmos. Qual a situação atual? Estão ativos?

Vide arquivo anexo.

6. Estão em tratamento? São crônicos? Foi pontual?

Sim.

7. Por favor, informar se existem pacientes em home care. Identificar a Cidade / UF, Relatório Médico com detalhamento das patologias, tratamento terapêutico e estado clínico Informação da existência de beneficiários internados? Se sim, em qual hospital, qual o CID e a data de internação?

Não temos conhecimento.

8. Existem casos de liminares nesta população? Em caso positivo, por favor, divulgar detalhamento desses casos.

Não temos conhecimento.

9. Existem casos de beneficiários que fazem uso da medicação SPINRAZA ou medicamentos de alto custo? Em caso positivo, quantos e quais medicamentos?

Resposta: Temos um usuário que fazem uso de imunoglobulim e Mabthera, outro com ocrevus e uma outra que faz tratamento para neoplasia de mama (sem nome).

10. Podemos entender que o edital é apenas para os beneficiários ativos?

Conforme definido no Termo de Referência, legislação e normativas vigentes.

11. Podemos entender que o edital prevê a inclusão de beneficiários inativos, e apenas para os que se tornarem inativos durante a contratação?

Conforme definido no Termo de Referência, legislação e normativas vigentes.

12. Podemos entender que o edital não prevê a inclusão de beneficiários inativos, na massa inicial do contrato?

Conforme definido no Termo de Referência, legislação e normativas vigentes.

13. Podemos entender que o edital prevê a inclusão de beneficiários inativos, em tabela diferente da tabela ativos?

: Sim, conforme Art. 15 RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 488, DE 29 DE MARÇO DE 2022.

14. Podemos entender que o órgão custeará 100% dos planos para os titulares? Caso o custeio seja em percentual distinto ao questionado, gentileza indicar o percentual.

Resposta: Conforme definido no Termo de Referência, especialmente itens 3.8 - Os planos deverão ter COPARTICIPAÇÃO de 30% para consultas eletivas, pronto socorro e exames simples, conforme tabela da operadora; e 3.9 - A COMPANHIA oferecerá o benefício da assistência médica e hospitalar a todos os seus empregados, diretores e seus dependentes, conforme regulamento interno que o rege, que definirá as regras e os valores de contribuição do empregado / descontos em folha de pagamento.

Atualmente, não há coparticipação, que será implementada a partir deste processo licitatório, sendo contributivo – 80% empresa / 20% empregado, referente plano básico. A mesma regra de contribuição aplica-se para titulares dependentes. Esta proporção poderá ser alterada, conforme regulamento interno.

15. Podemos entender que o custeio do plano para os dependentes será de responsabilidade do beneficiário mediante consignação em folha de pagamento pelo órgão, com repasse em fatura única à operadora?

Sim.

16. 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:

Casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis)	24 horas
Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional	300 dias
Demais situações	180 dias

As carências deverão estar em conformidade com a legislação e normativas vigentes.

17. Podemos entender que os usuários terão isenção de carências ao ingressarem no primeiro grupo de vidas do plano até 30 dias da assinatura do contrato, bem como os que aderirem em até 30 dias do fato gerador: contratação, casamento, nascimento e adoção definitiva?

Conforme definido no Termo de Referência, especialmente item 5 – Dos Beneficiários e 6 – Adesões, carências e exclusões.

18. Podemos entender que para assegurar o atendimento, em não havendo alguma especialidade em determinado município/localidade, a cobertura estará garantida considerando inclusive os municípios limítrofes e a região de Saúde, conforme preconiza a RN 566/22?

Conforme a legislação vigente e Termo de Referência.

19. Os planos a serem apresentados além da rede credenciada e própria, deverão contemplar Reembolso/Livre Escolha?

A depender da modalidade da participante do certame – Medicina de grupo, cooperativas médicas ou seguradora. Não é obrigatório.

20. O produto a ser apresentado não deverá contemplar reembolso? Caso contrário, podemos entender que será utilizada a Tabela da Operadora, no prazo de 30 (trinta) dias conforme dispõe a ANS?

Conforme definido no Termo de Referência, especialmente item 11 – Reembolsos.

21. Podemos entender que a abrangência geográfica do plano e produto contratados deverá ser no mínimo grupo de Municípios?

Conforme definido no Termo de Referência, especialmente item 4 – Abrangência.

22. Podemos entender que no item 9.4.3.1, caso não se vislumbre atendimento/prestador credenciado nas cidades elencadas no mencionado item, aplicar-se-á o disposto na RN 566?

Deverá ser respeitada as diretrizes requisitadas no Termo de Referência.

23. 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 Credenciada?

Deverá ser seguida as diretrizes requisitadas no Termo de Referência. A forma será a que for mais conveniente para ambas as partes, em comum acordo.

24. Referente ao item 6.13.2, na inclusão de beneficiários, a CONTRATADA deverá providenciar a emissão das credenciais de identificação, físicas ou virtuais, bem como o envio do manual

impresso ou eletrônico. Podemos entender que ao disponibilizar as carteirinhas virtuais e rede via aplicativo fica cumprida exigência do item 6.2 do termo de referência do edital?

Deverá ser seguida as diretrizes requisitadas no Termo de Referência.

25. Podemos entender que o pagamento será em Fatura Única emitida em favor do órgão, com repasse direto à Operadora, por crédito em conta-corrente desta, onde o Órgão consigna os pagamentos em folha de pagamento do beneficiário titular?

Deverá ser seguida as diretrizes requisitadas no Termo de Referência.

26. Podemos entender que será firmado contrato coletivo empresarial com o órgão, sendo responsabilidade deste pelo cadastramento dos beneficiários no site/sistema de movimentação da operadora (inclusões e exclusões) respeitando os prazos de movimentação da operadora, 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.

Caso possua alguma outra data corte de movimentação para acompanhar os prazos do desconto da folha de pagamento apontar.

Vigência imediata com cobrança proporcional retroativa.

27. Se o órgão não realizar a movimentação, poderá contemplar/irá indicar uma empresa para realizar a movimentação, sob sua orientação?

Sim, a ser definido posteriormente.

28. Podemos entender que o órgão digitará os dados dos beneficiários no sistema da operadora, mediante login e senha disponibilizados por esta, e arquivará a documentação apresentada pelo beneficiário, colocados à disposição da operadora quando solicitado?

A forma será a que for mais conveniente para ambas as partes, em comum acordo.

29. Podemos entender que a cobertura dos planos será apenas pelo ROL ANS?

Deverá ser atendido os requisitos do termo de referência.

30. Podemos entender que haverá suspensão da prestação dos serviços no caso de inadimplemento do contrato, por prazo superior a 30 dias, e conseqüente, exclusão se o atraso no pagamento da mensalidade superior a 60 dias? Caso contrário, esclarecer, uma vez que há o custeio dos dependentes e dos planos superiores.

Vide cláusula Décima-PAGAMENTOS – da minuta do contrato.

31. Podemos entender que em caso de reativação do beneficiário no plano de saúde a Contratante realizará a reativação?

Sim

32. Havendo a previsão de servidores afastados, podemos entender que o pagamento será realizado mediante a emissão de boleto para o beneficiário?

Não. Valor referente a funcionários afastados deverão ser mantidos na fatura, conforme Termo de Referência.

33. Em relação a rede de atendimento, em alguns locais a prestação dos serviços poderá ser oferecida por meio da rede credenciada de operadora parceira (rede indireta)? Entendemos que essa possibilidade é mais um referencial para garantia de atendimento.

Deverá ser atendido os requisitos do termo de referência.

34. Não observamos apontamento referencial de rede de prestadores. Podemos enviar proposta contemplando todos os planos da grade de comercialização da operadora?

Deverá ser atendido os requisitos do termo de referência.

35. Podemos entender que os itens 7.11.3.3 e 7.11.3.8 versam sobre a mesma certidão de regularidade, bem como os itens 7.11.3.5 e 7.11.3.6 tratam da CNDT?

Sim

36. Dispomos do registro do Conselho Regional de Medicina da sede da licitante, bem como da certidão da ANS com a indicação dos profissionais responsáveis técnicos. Entendemos que dessa forma, atende-se a exigência do item 7.12.6. Nosso entendimento está correto?

Sim

37. Podemos entender que, o atendimento de urgência e emergência poderá ser ofertado via ABRAMGE?

Deverá ser atendido os requisitos do termo de referência.

38. Abrangência do plano será Nacional ou Grupo de Municípios?

Deverá ser seguida as diretrizes requisitadas no Termo de Referência, bem como as legislações e normativas vigentes.

39. Quais são as cidades que compõem o Vale do Paraíba?

A Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte é definida pela lei complementar estadual 1166, de 9 de janeiro de 2012.

40. Considerando o disposto no item 9.4.3.1, podemos entender que a indicação das cidades citadas não é taxativa?

Deverá ser seguida as diretrizes requisitadas no Termo de Referência.

41. O plano deverá ser ofertado em 10 faixas etárias, conforme ANS?

Sim, apenas para inativos.

42. O plano deverá ser ofertado em valor médio per capta?

Sim, apenas para ativos

43. Podemos entender que os lances serão: valor do plano em VALOR UNITÁRIO X182X 30 meses?

Conforme Anexo II.1 - Modelo De Planilha De Preços De Referencias

44. Podemos entender que os lances serão: valor do plano per capta? Caso haja entendimento diverso, gentileza esclarecer.

Conforme Anexo II.1 - Modelo De Planilha De Preços De Referencias

À disposição.

Marlene Fabris

Gerente de Licitações e Contratos

mfabris@portoss.com.br | www.portoss.sp.gov.br

Avenida Altino Arantes, 410 | Centro | São Sebastião

CEP: 11608-623 | São Paulo | Brasil | +55 12 3892-1899 - R: 2121



Porto de São Sebastião.
O primeiro porto público a
receber a Certificação ISO 14.001.

