



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 Unimed Seguros 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:

PERGUNTA 01: Com intuito de ampliar a competitividade e isonomia do processo licitatório, considerando os limites das obrigações contratuais, bem como a natureza jurídica das companhias seguradoras, pelas quais não são configuradas como prestadoras de serviços, assim não instituindo retenção de ISS, conforme preconiza a Lei Complementar no 116/2003, Lei no 13.701/2003 e Portaria 14/2004-SF, ratificamos que as seguradoras são isentas de emissão de Nota Fiscal.

Por todo o exposto, podemos considerar válida a substituição de apresentação de Nota Fiscal por Apólice de Seguros, Fatura e Boleto?

A título de conhecimento, disponibilizamos o modelo demonstrativo (**Doc.1**) da Fatura a ser disponibilizada na hipótese de contratação dos serviços, objeto do presente processo licitatório.

RESPOSTA: Deverá ser seguida as diretrizes da legislação vigente.

PERGUNTA 02: Quanto aos relatórios/faturas requisitados em Edital serão disponibilizados na área logada do portal da seguradora, onde será disponibilizado login e senha para acesso. O Órgão está ciente e de acordo?

RESPOSTA: Deverá ser seguido o fluxo requisitado no Termo de Referência. A nota fiscal/fatura sempre deverá ser acompanhada de relação nominal dos empregados participantes do plano de saúde e de seus dependentes com os respectivos valores correspondentes para fins de conferência. A forma será a que for mais conveniente para ambas as partes, em comum acordo.

PERGUNTA 03: O item 13.1 do Termo de Referência dispõe quanto a manutenção de beneficiário em caso de desligamento/demissão de empregado sem justa causa, nos moldes da Lei n. 9.656/98, contudo, para que o ex-empregado seja elegível a este benefício, este deverá ter contribuído com os planos em decorrência de seu vínculo empregatício, assim como seus dependentes, em conformidade as determinações da RN 488/22, que em suma regulamenta os artigos 30 e 31 da Lei no 9.656. O Órgão está ciente e de acordo com essas disposições? Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

RESPOSTA: Deverá ser seguida as diretrizes da legislação vigente.

PERGUNTA 04: Ainda quanto a manutenção de beneficiários, favor ratificar o nosso entendimento e informar se estes serão transferidos para condição de inativo após os 6 meses, conforme previsto no Acordo

Coletivo, e, por essa razão, nessa hipótese, o custeio do benefício será de responsabilidade do órgão ou do segurado titular. Caso negativo, especificar detalhadamente.

RESPOSTA: **A manutenção deverá seguir o especificado no item 13.2 do Termo de Referência. Sobre o custeio da mensalidade, durante os 6 meses, a responsabilidade é da Companhia e do beneficiário titular.**

PERGUNTA 05: Gentileza informar se a adesão ao Plano de Saúde será de forma contributória ou não. Na hipótese de ser contributário, favor informar o % e/ou os valores.

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.

PERGUNTA 06: Favor ratificar o nosso entendimento de que as coberturas previstas neste edital estarão sujeitas ao que preconizam o ROL da ANS, em especial a RN nº 465/21, que em suma atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde, e, diretrizes de utilização (DUT) indicadas para os itens requeridos e suas utilizações. Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

RESPOSTA: Está correto, sempre respeitando a legislação vigente e as diretrizes do Edital e seus anexos.

PERGUNTA 07: Favor ratificar o nosso entendimento de que, a questão de desburocratização mencionada no item 12.4, estará sujeita a Resolução Normativa 566/2022, que em suma dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e define os prazos para o atendimento de consultas e procedimentos, e, também a cobertura será somente nos termos do Rol da ANS vigente em Conformidade Resolução Normativa n.º 465/2021 e suas posteriores atualizações e Diretrizes de utilização (Dut). Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

RESPOSTA: Está correto, sempre respeitando a legislação vigente e as diretrizes do Edital e seus anexos.

PERGUNTA 08: Favor ratificar o nosso entendimento de que, todas as remoções estarão sujeitas aos termos da RN490/22, da ANS, bem como suas diretrizes de utilização (DUT). Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

RESPOSTA: Está correto, sempre respeitando a legislação vigente e as diretrizes do Edital e seus anexos.

PERGUNTA 09: Em atenção às descrições detalhadas dos serviços, encontra-se os da Central de Atendimento, onde é previsto, além do habitual, o agendamento de consultas e exames, bem como a liberação de procedimentos. Desta forma, se faz necessário pontuar que tais execuções advêm das Operadoras/Seguradoras, a qual destina-se o presente processo licitatório, de tal maneira que estes dependem diretamente de conciliação de agenda dos médicos e prestadores, mediante contato direto do beneficiário junto ao prestador. Assim, questionamos se o Órgão está ciente e de acordo que serão de posse da Central de Atendimento os eventuais apoios que se fazem necessários aos seus beneficiários, quando requisitado, como por exemplo: prestar maiores informações sobre os serviços contratados e rede credenciada, esclarecimento de dúvidas quanto a liberação e agendamento de procedimentos/consultas/exames, enfim, como suporte de dúvidas sobre o andamento do contrato, sempre respeitando e garantindo o bem-estar, buscando mitigar/adiantar o atendimento que se fizer necessário, e ainda em observância aos prazos previstos na RN nº

566/2022 e coberturas da RN nº 465/2021, suas posteriores atualizações e Diretrizes de utilização (DUT). Cientes e de acordo? Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

RESPOSTA: Está correto, sempre respeitando a legislação vigente e as diretrizes do Edital e seus anexos.

PERGUNTA 10: Ainda com relação ao atendimento 24h, o Órgão está ciente e de acordo que às chamadas de voz, citada no item 17.6 do Edital, serão aceitas mediante o contato telefônico, por parte do beneficiário à Central de Atendimento "0800" da Operadora/Seguradora Contratada, sendo ainda disponibilizado preposto habilitado para apoiar a Administração sempre que necessário, mediante e-mail, realização de reuniões à distância e telefonemas, assim como aplicativo e portal interativo da Operadora/Seguradora? Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

RESPOSTA: Está correto, sempre respeitando a legislação vigente e as diretrizes do Edital e seus anexos.

PERGUNTA 11: Por favor ratificar nosso entendimento de que na hipótese de não haver recursos de atendimento em algumas localidades listadas, serão aplicáveis à presente contratação as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN nº 566/2022, que tratam da garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado nas cidades limítrofes. Nosso entendimento está correto? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

RESPOSTA: Está correto, sempre respeitando a legislação vigente e as diretrizes do Edital e seus anexos.

PERGUNTA 12: No caso de ausência de rede credenciada, onde haja a proposta de pagamento da integralidade do reembolso, por favor confirmar o entendimento de que os reembolsos estão subordinados as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN nº 566/2022 e suas diretrizes.

RESPOSTA: Está correto, sempre respeitando a legislação vigente e as diretrizes do Edital e seus anexos.

PERGUNTA 13: No intuito de ampliar a competitividade e isonomia do processo licitatório, como prática do mercado a qual destina-se o objeto da presente contratação, podemos compreender que será aceita a utilização de um único modelo de tabela de reembolso, sendo por tanto, aceita a utilização da Tabela da Operadora/Seguradora a ser contratada, sendo certo que esta preservará o justo e necessário ressarcimento dos procedimentos/consultas realizadas pelos então beneficiários. Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

RESPOSTA: Está correto, sempre respeitando a legislação vigente e as diretrizes do Edital e seus anexos.

PERGUNTA 14: Com a intenção de promover maior competitividade do processo e isonomia, pedimos ao CSS que nos especifique/envie:

a) Relatório de sinistralidade (atualizado) aberto mês a mês (prêmio x sinistro) dos últimos 12 meses com evolução das vidas e esclarecimentos dos picos de sinistralidade apresentados (patologia, valor, período, se permanecem ativos ou não no contrato)

Resposta: **Vide anexo**

b) Relatório com os maiores utilizadores com CID ou patologia, valor gasto mês a mês e situação cadastral (ativo ou cancelado). Precisamos da informação dos gastos abertos mês a mês para entendermos o comportamento do beneficiário dentro da sinistralidade apresentada

Resposta: **Vide anexo**

c) Para análise e aceitação dos casos Crônicos, favor encaminhar relatório médico detalhado contendo o diagnóstico, evolução da doença, quadro clínico atual e laudo de exames.

Resposta: **Vide anexo**

d) Distribuição etária das vidas por plano na congênere.

Resposta: **Vide item 5 – Dos beneficiários do Termo de Referência**

e) Relacionamento das idades das vidas acima de 59 anos.

Resposta: **Vide item 5 – Dos beneficiários do Termo de Referência**

f) Valor da última fatura paga por plano na congênere

Resposta: R\$ **127.301,91**

g) Desenho atual de coparticipação (percentuais e procedimentos), caso exista.

Resposta: **Atualmente, não há coparticipação, que será implementada a partir deste processo licitatório.**

h) Disponibilização de distribuição geográfica completa dos beneficiários - UF/Municípios;

Resposta:

Município	UF	Vidas
CARAGUATATUBA	SP	27
ILHABELA	SP	1
OSASCO	SP	1
SAO PAULO	SP	10
SAO SEBASTAO	SP	142
SAO VICENTE	SP	1
TOTAL GERAL		182

i) Quantitativo de vidas por elegibilidade (titular, dependentes, agregados, pensionistas e divorcia-dos), que estão sendo considerados para o contratual atual.

Resposta: **Vide item 5 – Dos beneficiários do Termo de Referência**

j) Favor informar o valor da reserva / estimativa orçamentária destinada à presente contratação.

RESPOSTA: Cabe ressaltar que o artigo 34 da Lei nº 13.303/2016 dispõe que o valor estimado do contrato a ser celebrado pela empresa pública ou pela sociedade de economia mista será sigiloso. Motivo que não consta o valor da contratação.

PERGUNTA 15: Considerando que o mercado segurador utiliza modalidade e período de apuração de resultado para aplicação de reajuste anual, considerando que o índice de reajuste deve ser informado ao Órgão com antecedência mínima de 60 dias antes da renovação, por favor nos informar se o Órgão concorda com a modalidade e período utilizado pela Contratada para apuração do resultado considerando o regime CAIXA, conforme descrição abaixo:

- Na 1ª (primeira) avaliação, o período de apuração compreenderá do 4º (quarto) ao 9º (nono) mês de vigência do Contrato, com a aplicação do resultado no faturamento do 13º (décimo terceiro) mês de vigência do Contrato, ou seja, no mês do seu aniversário.

- As reavaliações subsequentes à do 1º período de apuração, serão realizadas, sucessivamente, considerando-se os 12 (doze) meses seguintes ao do último período avaliado. Onde, na 2ª (segunda) avaliação, compreenderá do 10º (décimo) ao 21º (vigésimo primeiro) mês, com aplicação do resultado no faturamento do 25º (vigésimo quinto) mês e assim sucessivamente.

O reajuste sempre será aplicado no aniversário do Contrato, relativo à sua data-base e sempre respeitando um período mínimo de 12 meses para aplicação de reajuste, conforme normativa ANS vigente.

O Órgão está ciente e de acordo com os itens acima descritos? Se não, pedimos por gentileza especificar a modalidade e período de apuração de resultado e aplicação de reajuste pleiteados pelo Órgão.

RESPOSTA: Está correto, sempre respeitando a legislação vigente e as diretrizes do Edital e seus anexos.

PERGUNTA 16: Para o Reajuste por Sinistralidade, caso o resultado fique superior a 70% (setenta por cento), a contratada realizará o cálculo para identificação do percentual de Reajuste por Sinistralidade do Contrato.

Sinistralidade é o resultado obtido pela divisão do valor total dos sinistros pagos alocados pelo mês de pagamento pelo total de prêmios recebidos líquidos de IOF, desprezados os primeiros três (3) meses do período analisado; de acordo com a formulação descrita abaixo:

$$\text{INDICE DE SINISTRALIDADE} = \frac{\text{Sinistro}}{\text{Prêmio}}$$

Onde:

Índice de Sinistralidade é o resultado obtido pela divisão do valor total dos sinistros pagos alocados pelo mês de pagamento pelo total de prêmios recebidos líquidos de IOF, desprezados os primeiros três (3) meses do período analisado;

Sinistro = Corresponde ao total de sinistros pagos dentro do período de apuração;

Prêmio = Corresponde ao total de Prêmios Recebidos, do Contrato, descontado o IOF – Imposto de Operações Financeiras, dentro do período de apuração.

Onde:

Sinistro = Corresponde ao total de sinistros pagos dentro do período de apuração;

PR= Corresponde ao total de Prêmios Recebidos, do Contrato, descontado o IOF – Imposto de Operações Financeiras, dentro do período de apuração;

IS = Índice de Sinistralidade

O Reajuste de Sinistralidade (RS) será considerado 0 (zero) sempre que o valor obtido pela sua formulação resultar em número inferior a 0 (zero).

O resultado obtido na conta é o Índice de Reajuste de Sinistralidade.

O órgão está de acordo com os nossos critérios e fórmula de apuração de resultado e de aplicação de reajuste, conforme cláusulas e fórmulas discriminadas acima? Se não, pedimos por gentileza descrever os critérios e fórmula de cálculo pleiteada pelo órgão.

RESPOSTA: Está correto, sempre respeitando a legislação vigente e as diretrizes do Edital e seus anexos.

PERGUNTA 17: Ratificar nosso entendimento que os preços poderão ser reajustados, no aniversário do contrato (relativo à sua data base), visando manter o equilíbrio econômico, onde:

a) Se a sinistralidade apurada no período de avaliação estiver abaixo do Break Even de 70%: será aplicado o Reajuste Financeiro VCMH – Variação de Custos Médicos Hospitalares.

b) Se a sinistralidade apurada no período de avaliação estiver acima do Break Even de 70%: serão aplicados o Reajuste Financeiro e o Reajuste por Sinistralidade.

O Reajuste Financeiro corresponde à variação dos custos dos serviços médicos, com base em cálculos atuariais da Seguradora.

O Reajuste por Sinistralidade corresponde ao percentual de reajuste identificado pela Seguradora, considerando o resultado do contrato.

RESPOSTA: O reajuste contratual é definido no Edital e Termo de Referência (item 16).

CLÁUSULA 10ª, PÁGS. 75 E 76 – PAGAMENTOS

PERGUNTA 18: O Órgão está ciente e de acordo que, respeitando as premissas de sigilo e proteção de dados, para fins de comprovação de regularidade da Contratada, serão apresentados os documentos de regularidade junto aos tributos federais, estaduais, municipais, além da Certidão de Débitos Trabalhistas – CNDT e Regularidade Fiscal junto ao FGTS-CRF, que por si só já comprovam a conduta ílibada e regularidade da Contratada perante a todas as suas obrigações fiscais e trabalhistas, incluindo contribuições e encargos sociais e trabalhistas, sendo estes justos e bastante necessários, cumprindo assim o fiel cumprimento do Contrato e demais obrigações. Ciente e de acordo? Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

RESPOSTA: As regras para pagamento estão descritas no Edital e seus anexos (CLÁUSULA DÉCIMA– PAGAMENTOS)

PARÁGRAFO OITAVO, CLÁUSULA 10ª, PÁG 76 – PAGAMENTOS

PERGUNTA 19: Com base na Instituição Normativa nº 2145/2023, apenas os órgãos da administração pública direta dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, inclusive suas autarquias e fundações, ficam obrigados a efetuar a retenção, na fonte, do imposto sobre a renda incidente sobre os pagamentos que efetuarem a pessoas jurídicas pelo fornecimento de bens ou prestação de serviços em geral, inclusive obras de construção civil, neste interim, sendo a Companhia Docas de São Sebastião parte integrante da administração indireta do Estado de São Paulo, compreendesse que a aplicação de retenção com base na referida normativa deve ser desconsiderada. Ciente e de acordo? Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

RESPOSTA: Após assinatura do contrato e emissão do Documento Fiscal válido, será avaliado pela Companhia a retenção ou não dos tributos federais/estaduais/municipais, de conformidade com a legislação em vigor.

PERGUNTA 20: Considerando a obrigação de sigilo que as Operadoras/Seguradoras devem se atentar, por força da RN Nº 509/22, podemos entender que os relatórios serão fornecidos garantindo o sigilo médico exigido pela ANS, bem como a Lei Geral de Proteção de Dados, sendo que estes, a depender do critério, apenas serão compartilhados mediante assinatura do Termo de Sigilo Médico? Caso negativo favor explicar detalhadamente.

RESPOSTA: Deverá seguir a legislação vigente e as diretrizes do Edital e seus anexos

PERGUNTA 21: Além das condições estabelecidas em Edital, poderá ser considerada as CONDIÇÕES GERAIS do produto SAÚDE da empresa vencedora do processo licitatório?

RESPOSTA: Sim, desde que esteja em conformidade com o Edital e seus anexos.

PERGUNTA 22: Favor ratificar o nosso entendimento de que, o número sequencial, citado no item 6.2.3, refere-se ao acesso dos beneficiários aos serviços contratados, sendo este um dado gerado pela Seguradora/Operadora Contratada e de forma/controle e deliberação interna. Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

RESPOSTA: Está correto, sempre respeitando a legislação vigente e as diretrizes do Edital e seus anexos.

PERGUNTA 23: Conforme disposto nos arts. 1º e 5º da Instrução Normativa RFB n.2142/23, que em suma diz respeito a apresentação de Escrituração Contábil Digital (ECD-SPED), estabelece o prazo de até o último dia útil do mês de junho do ano subsequente ao ano-calendário. Diante desta disposição legal, o Órgão está ciente e de acordo quanto a aplicabilidade de apresentação dos Balanços Patrimoniais registrados na Junta Comercial do Estado do ano de 2023 em conjunto ao Balanço SPED correspondentes ao ano de 2022, sendo estes bastantes e suficientes para suprir a comprovação requerido? Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

RESPOSTA: Sim, a Companhia está ciente do prazo para entrega do SPED 2023, sendo suficiente apresentação do SPE referente exercício 2022.

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.

