

## **PEDIDO DE ESCLARECIMENTO - 02**

**Pergunta 01** - Dos casos omissos e regramento aplicável, observando que o Edital e seus anexos podem não exaurir todas as especificidades técnicas e operacionais do produto objeto da contratação, questiona-se o seguinte: O órgão ratifica que os temas não tratados explicitamente no Edital serão regidos pelas Condições Gerais do produto ofertado (**DOC.1**), em conjunto com a legislação vigente e as determinações/normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)?

**Resposta 01:** *Não ratificamos a submissão automática aos termos do DOC.1. Os casos omissos serão regidos pela legislação vigente e normativos da ANS, prevalecendo o que dispõem o edital e a minuta contratual.*

**Pergunta 02** - No intuito de preservar a isonomia e competitividade justa e necessária, gentilmente pedimos maiores informações, especificamente ao PLANO DE SAÚDE, do quanto segue:

a) A contratante possui alguma imunidade ou isenção previstas na legislação?

**Resposta a:** *Tem imunidade referente a impostos municipais/estaduais/federais. Mas, é obrigada a reter e recolher os impostos municipais/federais nos serviços/aquisições contratados conforme previsão na IN 1234/2012.*

b) A contratante possui alguma imunidade ou isenção para os produtos contratado?

**Resposta b:** *R. Não possui, segue a regra de retenção de tributos federais disposto na IN 1234/2012.*

c) A contratante possui alguma medida liminar ou outra decisão que garanta a exigibilidade suspensa do recolhimento de tributos de responsabilidade da Operadora do Plano a ser contratada? positivo gentilmente pedimos o detalhamento dos tributos.

**Resposta c:** *R. Não possuímos medida liminar para não reter tributos dos pagamentos efetuados a Operadora de Plano de Saúde, os tributos são retidos de acordo com IN 1234/2012.*

d) Caso haja alguma medida, liminar ou decisão equivalente que garanta a suspensão do recolhimento de tributos, pedimos que nos informe o no do processo correspondente.

**Resposta:** *Vide item c.*

e) O percentual de impostos a ser retido pelo órgão será o total de 7,05% (referente a IR, PIS/PASEP, COFINS e CSLL) conforme Instrução Normativa RFB no 1234 de 11/01/2012?

**Resposta:** *O percentual de tributos a ser retido pelo órgão contratante será definido de acordo com a natureza jurídica e o regime tributário do contratado, nos termos da Instrução Normativa RFB nº 1.234/2012.*

f) No intuito de preservar a isonomia do presente processo licitatório, gentilmente pedimos maiores informações ao quanto segue:

f.1) Solicitamos, por gentileza, a informação quanto à previsão de início de vigência do contrato.

**Resposta:** *A vigência do contrato está descrita no item 12.2.1. VIGÊNCIA, do Termo de Referência.*

f.2) Gentileza ratificar o nosso entendimento de que poderá ser encaminhada proposta com valor acima do valor estimado informado (R\$ 24.122.798,88), não sendo este um critério desclassificatório. Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

**Resposta:** *A licitante poderá apresentar proposta acima do valor estimado. Todavia, após as etapas de lances e negociação, o licitante que permanecer com valor superior ao estimado, terá a sua proposta desclassificada.*

f.3) Favor ratificar o nosso entendimento de que a presente contratação possui caráter compulsório, sendo garantida pelo órgão a inclusão e a permanência de 100% dos funcionários ativos no Plano Básico. Eventuais migrações (upgrade) para modalidades de maior cobertura poderão ocorrer mediante solicitação formal do beneficiário, desde que atendidos os critérios de elegibilidade e as condições estabelecidas no Edital. Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

**Resposta:** *Não procede o entendimento de caráter compulsório com garantia de 100% dos funcionários no Plano Básico.*

**O que se mantém é:**

*a possibilidade de adesão de todos os empregados, caso assim desejem;*

*a liberdade de escolha quanto ao plano dentro das modalidades ofertadas;*

*a migração opcional para planos superiores, conforme regras previstas em edital.*

**Pergunta 03** - Favor ratificar o entendimento de que deverá ser realizado “Prévia de Faturamento”, para que o Órgão realize a análise antecipada das cobranças e respectivas movimentações, antes do fechamento do faturamento. Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

**Resposta:** *A prévia de faturamento não é obrigatória, embora seja prática usual e poderá ser adotada, desde que compatível com o fluxo operacional previsto sobretudo no item 13 do Termo de Referência.*

**Pergunta 04** - Por favor ratificar o nosso entendimento de que todas as remoções serão nos termos da ANS RN 490/22, de modo inter-hospitalares, e das Diretrizes de Utilização (DUT) aplicáveis anexo II e suas atualizações. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

**Resposta:** *As remoções serão realizadas conforme os critérios obrigatórios da RN 490/2022, complementados pelas DUT aplicáveis, sem prejuízo das obrigações adicionais estabelecidas pelo edital.*

**Pergunta 05** - Considerando a obrigação de sigilo que as operadoras/seguradoras devem se atentar, por força da RN Nº 509/2022, podemos entender que os relatórios serão fornecidos garantindo o sigilo médico exigido pela ANS, bem como a Lei Geral de Proteção de Dados? Caso negativo favor explicar detalhadamente.

**Resposta:** *Sim.*

**Pergunta 06** - 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 n. 13.701/2003 e Portaria14/2004-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.2) da Fatura a ser disponibilizada na hipótese de contratação dos serviços, objeto do presente processo licitatório.

**Resposta:** *Confirma-se que o edital não exige Nota Fiscal de forma exclusiva, sendo plenamente válida a apresentação de Fatura, Apólice e Boleto, conforme a natureza jurídica das seguradoras e a legislação vigente.*

#### **ITEM 10.1.2.1, PÁG. 38 DO TERMO DE REFERÊNCIA**

**Pergunta 07** - O item 10.1.2.1 do Termo de Referência estabelece a vedação de coparticipação para "Exames complexos, tais como ressonância magnética, tomografia computadorizada, PET scan, cintilografia, entre outros que envolvam alta tecnologia ou procedimentos especializados, conforme classificação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Ocorre que a terminologia "exames de alta tecnologia" não consta formalmente nas diretrizes de classificação da ANS, sendo previsto de forma “equiparada” apenas procedimentos de “alta complexidade”, assim, podemos compreender que a isenção de coparticipação se aplica apenas aos exames complexos especificamente relacionados à imagem?

Caso negativo, pedimos que especifique detalhadamente, relacionando ainda todos os procedimentos que deverão ser isentos de coparticipação.

**Resposta:** *A isenção não se limita “apenas aos exames de imagem”. A isenção inclui os exames de imagem listados como exemplo e demais PAC/procedimentos especializados equiparáveis, conforme o Rol/Anexos da ANS (RN 465/2021) e suas atualizações.*

**Pergunta 08:** Favor ratificar o nosso entendimento de que todas as disposições contratuais, em especial mas não somente os itens 1.2.1, 4.1, 7.1.14.1.1.5, 7.14.1.1.6 e demais subitens, 7.17 e demais subitens, estão subordinadas à normatização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e à regulação vigente de saúde suplementar, ficando expressamente estabelecido que qualquer procedimento, tratamento ou exame será regido pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, cuja observância é condição indispensável para a validade e eficácia do presente instrumento jurídico. Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

**Resposta:** *A legislação e a normatização da ANS como piso obrigatório, e as disposições do edital como obrigações adicionais a serem cumpridas, garantindo a adequada prestação do serviço conforme as necessidades do Crea-SP e de seus beneficiários.*

**Pergunta 09:** Por favor ratificar o nosso entendimento de que todas as coberturas previstas no edital serão nos termos do Rol da ANS RN 465/21, bem como 469/21, e das Diretrizes de Utilização (DUT) aplicáveis anexo II e suas atualizações. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

**Resposta:** *Não se aplica a interpretação de que somente o que estiver previsto no Rol/DUT limitará as coberturas contratadas. As condições e benefícios estabelecidos no edital e seus subitens devem ser integralmente atendidos, inclusive quando ampliam ou detalham exigências além do mínimo regulamentar.*

**Pergunta 10 -** Regime de apuração Sinistralidade:

1) REGIME DE CAIXA: - 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.

OU

2) REGIME COMPETÊNCIA: - Na 1ª (primeira) avaliação, o período de apuração compreenderá do 1º (primeiro) ao 6º (sexto) mês de vigência do Contrato, com a aplicação do reajuste 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 7º (sétimo) ao 18º (décimo oitavo) 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.

Sendo assim, gentileza informar qual modelo de apuração o órgão irá adotar: Caixa ou Competência.

**Resposta:** *O edital estabelece, de forma expressa, o regime de apuração pelo critério de CAIXA, uma vez que a Administração não admite acréscimos posteriores decorrentes de glosas, reapresentações, contas retardatárias ou qualquer valor lançado após o período-base de apuração.*

*Assim, conforme previsto nos itens 12.2.2.2 e subitens, a 1ª avaliação considera os 6 (seis) primeiros meses de vigência do contrato, com aplicação do ajuste no 13º mês. As avaliações subsequentes igualmente utilizam períodos contínuos de 12 (doze) meses, sempre com aplicação do resultado no mês de aniversário do contrato, sem recomposições retroativas, o que caracteriza o regime de caixa adotado pelo edital.*

*Dessa forma, o período de apuração adotado pelo edital (1º ao 6º mês para a 1ª avaliação) deve ser mantido integralmente, pois compõe a metodologia contratual de avaliação.*

*O modelo de apuração é o REGIME DE CAIXA, nos exatos termos do edital, permanecendo válidos todos os períodos de apuração e aplicação de reajuste já estabelecidos no Termo de Referência.*

**Pergunta 11:** Considerando a modalidade de apuração escolhida, entendemos que os itens 7.11 (Termo de Referência) e 17.6.2 (Edital) também deverão ser apresentados conforme o mesmo critério. Está correto o nosso entendimento? Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

**Resposta:** *O entendimento não está correto. Os itens do edital que se relacionem à apuração de sinistralidade devem observar o exposto na resposta da pergunta 10.*

#### **ITEM 9.12.1, PÁG. 74 DO EDITAL – DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Pergunta 12:** Considerando que a marcação de consultas e exames é realizada diretamente pela rede credenciada (com apoio da Central na indicação de locais via App, Telefone e WhatsApp) e que a liberação de senhas compete à regulação médica, está correto o entendimento de que a Central de Atendimento atuará como canal de orientação, suporte e indicação de rede, sem realizar o agendamento direto pela operadora?

**Resposta:** *Sim.*

**Pergunta 13:** No intuito de promover a competitividade e preservar a isonomia ao processo, favor informar se as licitantes poderão apresentar hospitais disponíveis em sua rede credenciada, no mesmo porte e padrão de atendimento, em substituição aos hospitais elencados como obrigatórios no instrumento convocatório (Edital e seus anexos). Caso negativo, explicar detalhadamente.

**Resposta:** *A contratada deverá atender as exigências do item 7.15 e seus subitens do Termo de Referência.*

**Pergunta 14:** Favor ratificar o nosso entendimento de que as custas com relação aos honorários, materiais, medicamentos e quaisquer outras despesas que eventualmente possam ocorrer com o tratamento do usuário, relativos aos serviços cobertos, serão custeados integralmente pela CONTRATADA somente ao beneficiário internado, ou seja, após a internação, a Contratada não possuirá obrigatoriedade de cobertura de medicamentos e materiais necessários. Caso negativo, favor esclarecer detalhadamente.

**Resposta:** *O entendimento não está correto, o edital contempla a cobertura de medicamentos e materiais não apenas durante a internação hospitalar, conforme item 8 do Termo de Referência.*

**Pergunta 15 -** Em atenção às descrições detalhadas dos serviços, encontra-se os da Central de Atendimento, onde é previsto, além do habitual, a liberação de senhas, autorização de exames e procedimentos cirúrgicos relacionados com o atendimento. Desta forma, se faz necessário pontuar que tais execuções advém das Operadoras/Seguradoras, a qual destina-se o presente processo licitatório, de tal maneira que estes dependem também 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 o 465/2021, suas posteriores atualizações e Diretrizes de utilização (DUT). Cientes e de acordo? Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

**Resposta: Sim.**

**Pergunta 16** - Pedimos confirmar que os relatórios de utilização exigidos no Edital e Termo de Referência devem observar as normas da LGPD, bem como do sigilo médico. Nesse sentido, as informações que permitam a identificação clínica dos beneficiários (relatório gerenciais com informações de utilização) devem ser disponibilizadas ao médico do trabalho do órgão, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade e Confidencialidade, vedando-se o acesso a terceiros alheios à finalidade assistencial do tratamento de dados. Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

#### **ITEM 1.2, PÁG. DO EDITAL – DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA**

**Resposta: Sim.**

**Pergunta 17** - Órgão ciente e de acordo que os serviços citados no item 1.2 do Termo de Referência referem-se àqueles previstos na Lei 9.656/98 e Rol de Procedimentos vigente?

**Resposta: O que prevalece é o escopo definido no edital, que estabelece os serviços a serem contratados. A Lei nº 9.656/1998 e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS tratam exclusivamente dos serviços mínimos obrigatórios no âmbito da saúde suplementar, não limitando a contratação de coberturas adicionais quando estas estejam expressamente previstas no instrumento convocatório.**

#### **ITEM 7.2.21, PÁG.8 DO TERMO DE REFERÊNCIA**

**Pergunta 18** - Órgão ciente e de acordo que desde que a Contratada esteja no pólo passivo da ação? Sem prejuízo deste esclarecimento, solicitamos, gentilmente, enviar cópia dos processos.

**Resposta:** *A Contratada deverá atender as exigências legais pertinentes ao objeto do contrato. O CREA-SP não tem conhecimento, até a presente data, de obrigações impostas por liminares em andamento referente ao objeto do contrato.*

ITEM 7.12.10, PÁG. 14 DO TERMO DE REFERÊNCIA

**Pergunta 19:** Solicita-se esclarecer se a exigência de “setor de Medicina Preventiva” pode ser atendida por meio de Médico de Família da rede credenciada da Contratada ou se se refere, especificamente, ao PCMSO. Favor especificar detalhadamente.

**Resposta:** *A exigência de setor de Medicina Preventiva refere-se a uma estrutura organizada da CONTRATADA voltada à promoção da saúde, conforme previsto no edital. O PCMSO (NR-07) não é objeto dessa contratação.*

ITEM 7.12.9, PÁG. 14 DO TERMO DE REFERÊNCIA

**Pergunta 20** - Com relação à parte final do item 7.12.9, órgão ciente e de acordo de que desde que não haja afronta à regulamentação da ANS? Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

**Resposta:** *Esclarece-se que a viabilização mencionada no item 7.12.9 refere-se exclusivamente ao cadastro dos beneficiários oriundos de Programa de Demissão Voluntária na condição de inativos, conforme normativos vigentes da ANS, devendo ser observada, a regulamentação aplicável.*

ITEM 7.2.23, PÁG. 9 DO TERMO DE REFERÊNCIA

**Pergunta 21:** Órgão está ciente e de acordo que as regras de inexistência de rede e de indisponibilidade de rede estão dispostos na RN 566 e que o reembolso ocorrerá nos termos da referida norma? Órgão ciente e de acordo que os prazos de garantia de atendimento serão aqueles previstos na mesma norma?

**Resposta:** *Sim.*

**Pergunta 22** - 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 à RN nº 566/2022, que em suma dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado nas cidades limítrofes. Nosso entendimento está correto? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

**Resposta:** *Sim, conforme disposto na RN nº 566/2022 da ANS, bem como nas demais legislações e normativos aplicáveis ao tema, que regulam as hipóteses de garantia de atendimento, inexistência ou indisponibilidade de rede, prazos assistenciais e reembolso, devendo todos ser observados pela CONTRATADA.*

**Pergunta 23** - Por favor ratificar o nosso entendimento de que todas as coberturas previstas no edital serão nos termos do Rol da ANS RN 465/21, bem como 469/21, e das Diretrizes de Utilização (DUT) aplicáveis anexo II e suas atualizações. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

**Resposta:** *Esclarece-se que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (RN nº 465/2021), bem como a RN nº 469/2021 e as Diretrizes de Utilização – DUT (Anexo II), estabelecem as coberturas assistenciais mínimas obrigatórias no âmbito da saúde suplementar. Assim, todas as coberturas expressamente previstas no edital deverão ser contempladas pela CONTRATADA.*

**Pergunta 24** - Solicitamos, por gentileza, a ratificação de nosso entendimento de que, nos termos do Edital, a alteração de plano solicitada pelo titular deverá, obrigatoriamente, ser estendida aos respectivos dependentes e agregados, não sendo admitida a permanência em modalidades distintas. Dessa forma, titular, dependentes e agregados deverão permanecer vinculados à mesma modalidade de plano.

**Resposta:** *Está correto o entendimento.*

**Pergunta 25** - Solicitamos, por gentileza, a ratificação de nosso entendimento de que a cobertura de remissão não se aplica aos agregados, nos termos das condições estabelecidas no Edital e nas regras contratuais vigentes.

**Resposta:** *Não está correto o entendimento de que a cobertura de remissão não se aplica aos agregados, conforme itens 7.19 e 9 do Termo de Referência.*

**Pergunta 26** - Ratificar o entendimento de que será permitida a apresentação de proposta com valor superior ao estimado informado (R\$ 24.122.798,88), não sendo este critério, por si só, motivo para desclassificação.

**Resposta:** *A licitante poderá apresentar proposta acima do valor estimado. Todavia, após as etapas de lances e negociação, o licitante que permanecer com valor superior ao estimado, terá a sua proposta desclassificada.*

**Pergunta 27** - Pedimos gentilmente ratificar o entendimento que de que será admitida a apresentação de lance inicial com valor superior ao estimado, com posterior redução ao longo da etapa competitiva.

**Resposta:** *Idem a questão 26.*

**Pergunta 28** - Esclarecer se os lances deverão ser apresentados com base no valor total mensal para o universo de 1.417 vidas ou no valor global anual (12 meses) considerando as mesmas 1.417 vidas.

**Resposta:** *Os lances deverão ser apresentados considerando o valor anual total estimado da contratação.*

**Pergunta 29** - Em atenção as especificações do Termo de Referência, que dispõe sobre a abrangência dos serviços com cobertura médico-hospitalar, ambulatorial e laboratorial, pontuamos que, em que pese os serviços listados estejam cobertos, as consultas médicas eletivas serão realizadas exclusivamente em clínicas e consultórios credenciados, ambientes tecnicamente adequados e regularmente habilitados para esse tipo de atendimento. Os atendimentos em ambiente hospitalar permanecerão assegurados para os casos indicados, tais como urgência e emergência, internações e procedimentos cirúrgicos, bem como para as demais coberturas assistenciais previstas no edital. Assim, entende-se que tal sistemática não configura descumprimento ao edital, vez que não há qualquer limitação de cobertura, havendo apenas uma adequação do ambiente de atendimento eletivo à prática assistencial adotada habitualmente pelas operadoras a qual destina-se o presente processo licitatório. Cientes e de acordo? Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

**Resposta:** *Desde que não haja qualquer limitação de cobertura e que o atendimento em ambiente hospitalar seja garantido sempre que houver indicação clínica, conforme previsto no edital.*

#### **ITEM 8.6.4, PÁG. 36, E 9.2.20 – DA ATENÇÃO DOMICILIAR, HOMECARE**

**Pergunta 30** - O Órgão está ciente e de acordo que a operadora de saúde analisará a solicitação de atenção domiciliar do médico assistente por meio de avaliação in loco do prestador contratado na nossa rede e fará autorização e prorrogação do plano de atendimento domiciliar mediante pertinência técnica e instrumentos de avaliação validados na literatura médico, de modo que, o período do tratamento domiciliar será determinado mediante análise mensal do caso e prorrogado enquanto houver pertinência técnica? Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

**Resposta:** *Sim. Os processos de avaliação devem ser conduzidos nos limites da legislação vigente, da RN nº 465/2021, e das obrigações previstas no edital, que prevalecem sobre protocolos administrativos internos do prestador.*

**Pergunta 31** - 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. Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

**Resposta:** *Esclarece-se que, nas hipóteses de ausência de rede credenciada, inclusive quando houver previsão de reembolso integral, os reembolsos estarão subordinados às regras de garantia de atendimento e às diretrizes estabelecidas nos normativos da ANS, em especial a RN nº 566/2022 e devendo ser observadas integralmente pela CONTRATADA as demais normas pertinentes ao tema.*

**Pergunta 32:** É correto o entendimento de que as exigências dos itens 7.1.9, 7.5.2 e 7.5.3 do Termo de Referência se referem à indicação de preposto para atendimento das obrigações de comunicação e suporte ao Contratante, não sendo necessária a disponibilização de estrutura adicional ou a alocação de profissional dedicado?

**Resposta:** *Sim, desde que a CONTRATADA assegure os meios necessários ao adequado cumprimento das obrigações de comunicação, suporte e gestão previstas no edital.*