

PEDIDO DE ESCLARECIMENTO – 03

Pergunta 1 Está correto o nosso entendimento que a adesão ao Plano Básico será obrigatória?

Resposta: Não procede o entendimento de que a adesão ao Plano Básico será obrigatória. 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 2 Por favor, solicitamos o envio da distribuição geográfica dos beneficiários.

Resposta:

BÁSICO	
MUNICÍPIO	QUANTIDADE ESTIMATIVA
ADAMANTINA	4
AEAC CAMPINAS	2
AMERICANA	19
ANDRADINA	6
ARAÇATUBA	23
ARARAQUARA	6
ARARAS	1
ARTUR NOGUEIRA	2
ASSIS	8
BARRA BONITA	1
BARRETOS	7
BATATAIS	1
BAURU	21
BEBEDOURO	3
BOTUCATU	11
BRAG. PAULISTA	5
CAMPINAS	19
CARAPICUÍBA	3
CATANDUVA	4
CONCHAL	4
COSMOPOLIS	4

DESCALVADO	1
DRACENA	2
ESPÍRITO SANTO DO PINHAL	3
FERNANDÓPOLIS	4
FRANCA	11
GUARATINGUETÁ	4
GUARULHOS	11
HORTOLÂNDIA	5
IBITINGA	2
INDAIATUBA	3
ITAPEVA	7
ITAPIRA	1
ITAQUAQUECETUBA	2
ITU	2
ITUVERAVA	3
JABOTICABAL	4
JACAREI	2
JAGUARIUNA	2
JALES	7
JAÚ	1
JUNDIAÍ	19
LEME	3
LENÇÓIS PAULISTA	1
LIMEIRA	7
LINS	2
MAIRIPORÃ	2
MARÍLIA	13
MATÃO	1
MOCÓCA	3
MOGI DAS CRUZES	16
MOGI GUAÇÚ	10
MOGI MIRIM	4
MONGAGUÁ	3
NOVA ODESSA	1
OLIMPIA	3
OSASCO	14
OSVALDO CRUZ	2
OURINHOS	8
PARAGUAÇU PAULISTA	3
PAULINIA	2
PENÁPOLIS	2
PEREIRA BARRETO	3
PIRACICABA	16
PIRASSUNUNGA	14
PORTO FERREIRA	2
PRAIA GRANDE	7
PRESIDENTE EPITÁCIO	6

PRESIDENTE PRUDENTE	19
PRESIDENTE VENCESLAU	6
PROMISSÃO	2
REGISTRO	3
RIBEIRÃO PRETO	7
RIO CLARO	3
SALTO	3
SANTA BÁRBARA D'OESTE	1
SANTA CRUZ DO RIO PARDO	3
SANTA FÉ DO SUL	4
SANTO ANDRÉ	8
SANTOS	16
SÃO BERNARDO DO CAMPO	9
SÃO CAETANO	6
SÃO CARLOS	10
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	7
SÃO JOSÉ DO RIO PARDO	2
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	14
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	17
SÃO MANUEL	2
SÃO PAULO	258
SÃO ROQUE	1
SÃO SEBASTIÃO	2
SERRA NEGRA	3
SERTÃOZINHO	2
SOCORRO	5
SOROCABA	11
SUZANO	4
TABOÃO DA SERRA	1
TATUÍ	4
TAUBATÉ	10
TEODORO SAMPAIO	1
TUPÃ	2
UOP EMBU DAS ARTES	1
VALINHOS	3
VARGEM GRANDE PAULISTA	3
VARZEA PAULISTA	4
TOTAL DO PLANO BÁSICO	855

DINÂMICO	
MUNICÍPIO	QUANTIDADE ESTIMATIVA

AMPARO	1
ARAÇATUBA	2
ARARAQUARA	6
ARUJÁ	2
ATIBAIA	5
BARUERI	2
BERTIOGA	2
BOTUCATU	1
CAMPINAS	6
CARAGUATATUBA	2
COTIA	1
FRANCA	8
GARÇA	3
GUARATINGUETÁ	2
GUARULHOS	1
ILHA SOLTEIRA	1
INDAIATUBA	2
ITANHAÉM	1
ITAPECERICA DA SERRA	1
ITAPETININGA	1
ITAPEVI	1
JUNDIAÍ	3
LIMEIRA	2
LINS	2
MARÍLIA	7
MOGI DAS CRUZES	3
MOGI GUAÇÚ	4
OSASCO	4
PINDAMONHANGABA	1
POÁ	1
RIBEIRÃO PRETO	10
RIO CLARO	2
SANTO ANDRÉ	5
SANTOS	11
SÃO CAETANO	2
SÃO CARLOS	2
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	7
SÃO PAULO	227
SOROCABA	7
SUZANO	1
TAUBATÉ	3
UBATUBA	4
TOTAL DO PLANO DINÂMICO	359

LÍDER	
MUNICÍPIO	QUANTIDADE ESTIMATIVA
ADAMANTINA	2
AMERICANA	3
ARAÇATUBA	2
ARARAQUARA	2
BOTUCATU	3
CAMPINAS	3
CARAGUATATUBA	2
GUARULHOS	3
OSASCO	1
SANTO ANDRÉ	1
SANTOS	1
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	3
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	5
SÃO PAULO	168
VALINHOS	4
TOTAL DO PLANO LÍDER	203

TOTAL GERAL QUANTIDADE ESTIMATIVA	1417
-----------------------------------	------

Pergunta 3 Está correto nosso entendimento que as carências atenderão aos prazos da ANS?

Resposta: Esclarece-se que as carências previstas no edital estão em conformidade com a regulamentação da ANS e não excedem os limites legalmente permitidos. O CREA-SP adotará, na execução contratual, a condição mais vantajosa aos beneficiários, respeitando sempre o mínimo estabelecido no instrumento convocatório e a legislação vigente.

Pergunta 4 Podemos entender que para assegurar o atendimento, em não havendo alguma especialidade, a cobertura estará garantida considerando inclusive os municípios limítrofes, região de Saúde e telemedicina para cumprimento da RN 566/2022?

Resposta: É possível considerar, para fins de garantia de atendimento, a utilização de rede em municípios limítrofes, Região de Saúde e, quando clinicamente cabível, a telemedicina, em conformidade com a RN nº 566/2022 e demais normativos aplicáveis. Ressalta-se, entretanto, que a

telemedicina deverá observar as especificidades de cada atendimento, não substituindo o atendimento presencial nos casos em que a avaliação clínica, a realização de exame físico, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos assim o exigirem, hipótese em que deverá ser assegurado o atendimento presencial na rede assistencial disponível, dentro dos critérios de garantia de acesso definidos pela ANS.

Pergunta 5 Com relação à 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. O entendimento está correto?

Resposta: A utilização de rede credenciada de operadora parceira (rede indireta) pode ser admitida como mecanismo complementar para garantia de atendimento, especialmente nos casos de inexistência ou insuficiência de rede direta em determinado local. Ressalta-se que essa possibilidade não substitui a obrigação de manutenção de rede assistencial adequada, devendo a operadora assegurar que o atendimento prestado por rede indireta observe as coberturas contratadas, os prazos regulatórios e os critérios de qualidade definidos pela ANS, garantindo o acesso assistencial aos beneficiários.

Pergunta 6 Está correto nosso entendimento de que o reembolso será de acordo com a tabela da operadora?

Resposta: Sim.

Pergunta 7 Está correto nosso entendimento de que o reembolso terá cobertura nacional apenas em casos de urgência/emergência, conforme RN 566/2022?

Resposta: Não. O entendimento não está correto. A RN nº 566/2022 disciplina a garantia de atendimento assistencial, inclusive nos casos de urgência e emergência, mas não impõe limitação automática do reembolso com cobertura nacional exclusivamente a essas situações. Dessa forma, prevalece o disposto no edital, que não restringem o reembolso apenas aos casos de urgência/emergência, devendo a cobertura de reembolso observar as condições, limites e critérios ali estabelecidos.

Pergunta 8 Qual a data prevista para início da prestação dos serviços?

Resposta: Conforme subitem 12.2.1.4 c/c com o subitem 7.2.2 do Termo de Referência.

Pergunta 9 Qual será o período de adesão ao plano?

Resposta: A adesão será realizada durante o período de implantação.

Pergunta 10 Está correto nosso entendimento que mudanças de planos só poderão ocorrer no aniversário do contrato, a fim de evitar a antiseletividade?

Resposta: Não. Conforme subitens 7.13.4 e 7.13.7 do Termo de Referência, o upgrade de plano somente poderá ocorrer no aniversário do contrato, sem cumprimento de carências, porém o downgrade poderá ser realizado a qualquer tempo, desde que respeitado o período mínimo de 1 (um) ano de permanência no plano atual, igualmente sem aplicação de carências.

Pergunta 11 Podemos entender que as movimentações cadastrais dos beneficiários (inclusão, alteração, exclusão) serão feitas por servidor indicado pelo órgão em sistema próprio da operadora? Está correto nosso entendimento?

Resposta: Sim.

Pergunta 12 Está correto nosso entendimento que as movimentações cadastrais seguirão o fluxo abaixo?

inclusões, alterações e exclusões processadas em sistema até o dia 20 do mês corrente, serão efetivadas no dia 1 do mês subsequente?

inclusões, alterações e exclusões processadas em sistema entre os dias 21 e 31 do mês corrente, serão efetivadas no dia 1 do segundo subsequente.

Resposta: Não. A CONTRATADA deverá realizar a inclusão dos usuários no plano de assistência médica no ato da solicitação, sendo que a periodicidade destas comunicações será estabelecida pelo CONTRATANTE a depender do fluxo mensal de contratações, desligamentos e inclusões e/ou exclusões de usuários. O fechamento mensal ocorrerá sempre no último dia do mês de competência anterior ao faturamento. Não haverá data de corte pré-estabelecida para inclusão ou exclusão de beneficiários, tampouco para a contabilização dos valores a serem faturados. Dessa forma, todas as movimentações realizadas até o último dia do mês serão consideradas integralmente no faturamento correspondente.

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

Resposta: Não. O edital prevê a inclusão de beneficiários inativos nas mesmas condições, valores e cobertura aplicáveis aos beneficiários ativos, não havendo distinção de tabela.

Pergunta 14 Por favor, informar qual a atual operadora prestadora dos serviços licitados.

Resposta: Unimed Seguros Saúde S/A.

Pergunta 15 Por favor, informar quais os valores atualmente praticados.

Resposta:

FAIXA ETÁRIA	PLANO BÁSICO	PLANO DINÂMICO	PLANO LÍDER
	Valor mensal unitário por pessoa	Valor mensal unitário por pessoa	Valor mensal unitário por pessoa
0 – 18	R\$ 495,48	R\$ 618,96	R\$ 708,51
19 – 23	R\$ 600,46	R\$ 750,08	R\$ 858,62
24 – 28	R\$ 705,85	R\$ 881,79	R\$ 1.009,40
29 – 33	R\$ 806,53	R\$ 1.007,56	R\$ 1.153,34
34 – 38	R\$ 881,41	R\$ 1.101,07	R\$ 1.260,39
39 – 43	R\$ 969,96	R\$ 1.211,71	R\$ 1.387,02
44 – 48	R\$ 1.114,82	R\$ 1.392,66	R\$ 1.594,16
49 – 53	R\$ 1.321,21	R\$ 1.650,52	R\$ 1.889,31
54 – 58	R\$ 1.651,07	R\$ 2.062,60	R\$ 2.361,03
59 – 999	R\$ 2.482,46	R\$ 3.101,21	R\$ 3.549,90

Pergunta 16 Por favor, informar qual a sinistralidade do contrato atual dos últimos 12 meses, mês a mês.

Resposta 16:

SINISTRALIDADE	
jan/25	103,82%
fev/25	84,64%
mar/25	79,79%
abr/25	76,10%
mai/25	97,72%
jun/25	79,60%
jul/25	77,50%
ago/25	83,35%
set/25	95,50%
out/25	87,51%
nov/25	63,71%
dez/25	68,29%

Pergunta17 Quais os planos (registro ANS) ofertados atualmente?

Resposta 17:

- **UNIMED SEGURO SAÚDE EMPRESARIAL BASICO**
- **UNIMED SEGURO SAUDE EMPRESARIAL DINAMICO**
- **UNIMED SEGURO SAÚDE EMPRESARIAL LIDER**

Pergunta18 Por favor, informar as UF's e cidades que cada plano terá abrangência.

Resposta: Rede nacional.

Pergunta19 Atualmente o contrato prevê coparticipação em todos os planos? Em caso positivo, qual o percentual e limites de cobrança?

Resposta: Não.

Pergunta 20 Quanto a coparticipação, os valores serão revertidos para a operadora?

Resposta: Os valores de coparticipação pagos pelos beneficiários constituem receita da contratante, conforme as condições estabelecidas no edital e no contrato.

Pergunta 21 Como será realizado o pagamento da coparticipação para a operadora?

Resposta: A cobrança da coparticipação será realizada pela operadora por meio de faturamento ao CREA-SP, que efetuará o repasse aos colaboradores mediante desconto em folha de pagamento, conforme previsto no edital.

Pergunta 22 A prestação de serviço poderá ser de forma indireta?

Resposta: O edital não prevê a terceirização da obrigação assistencial. A prestação dos serviços é de responsabilidade exclusiva da operadora contratada, admitindo-se, quando necessário, apenas mecanismos operacionais que assegurem a garantia de atendimento, sem caracterizar prestação indireta perante o CREA-SP.

Pergunta 23 Por favor, informar se existem beneficiários que utilizam medicamentos de alto custo indicando as quantidades CID, local e tratamento atual.

Resposta: O CREA-SP não tem conhecimento, até a presente data, de obrigações impostas por utilização de medicamentos de alto custo em andamento referente ao objeto do contrato.

Pergunta 24 Por favor, informar a quantidade de beneficiários em tratamento quimioterápico indicando as quantidades CID, local e tratamento atual.

Resposta: As informações relativas a diagnósticos (CID), local e tipo de tratamento, inclusive tratamentos oncológicos, constituem dados pessoais

sensíveis de saúde, protegidos pela Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709/2018).

Pergunta 25 Podemos entender que o reajuste financeiro será com base no VCMH – Variação de Custo Médicos e Hospitalares da operadora?

Resposta: Não está correto o entendimento.

Pergunta 26 Por favor, informar a quantidade atual de agregados.

Resposta: 11 (onze) usuários.

Pergunta 27 Está correto nosso entendimento de que os casos de urgência e emergência podem ser atendidos por meio de rede do Sistema ABRAMGE?

Resposta: Trata-se de contratação de plano de assistência médica e hospitalar com abrangência em todo o território nacional. Fora da abrangência descrita nas obrigações do Edital e Termo de Referência, poderá ser utilizado o Sistema ABRAMGE.

Ressalta-se que a utilização desse mecanismo não exime a operadora contratada de suas obrigações, permanecendo esta integralmente responsável pela assistência prestada em âmbito nacional, inclusive sob os aspectos assistenciais, administrativos e financeiros, nos termos da legislação vigente e das disposições contratuais.

Pergunta 28 Está correto nosso entendimento de que a rede credenciada deverá ser comprovada quando da assinatura do contrato?

Resposta: Sim, quando da convocação para assinatura do contrato.

Pergunta 29 Está correto nosso entendimento de que as internações psiquiátricas deverão obedecer a RN465/21 da ANS?

Resposta: As internações psiquiátricas deverão obedecer ao disposto na RN nº 465/2021 da ANS, bem como a quaisquer outras normas vigentes que venham a estabelecer critérios assistenciais ou regulatórios aprovados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Pergunta 30 Está correto o nosso entendimento de que as carteiras de identificação dos beneficiários poderão ser emitidas e disponibilizadas em formato digital (online)?

Resposta: Sim.