

AO ILMO PREGOEIRO DO CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DE MINAS GERAIS – CRC MG.

Ref.: Questionamentos ao Edital de Pregão Eletrônico nº 002/2024.

Prezados,

A **HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A.**, com o intuito de participar do presente certame, apresentar uma proposta justa e cumprir as exigências contidas no presente edital pede esclarecimentos das questões relacionadas abaixo:

1. Primeiramente, para adequada análise e elaboração da melhor proposta, solicitamos a distribuição do quantitativo de beneficiários por localidade.
2. Quais os últimos 3 reajustes aplicados?
3. Quais os atuais planos e seus respectivos nomes comerciais?
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.
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?
6. Estão em tratamento? São crônicos? Foi pontual?
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?
8. Existem casos de liminares nesta população? Em caso positivo, por favor, divulgar detalhamento desses casos.
9. Existem casos de beneficiários que fazem uso da medicação SPINRAZA ou medicamentos de alto custo? Em caso positivo, quantos e quais medicamentos?
10. Podemos entender que o edital é apenas para os beneficiários ativos?
11. Podemos entender que o edital prevê a inclusão de beneficiários inativos, e apenas para os que se tornarem inativos durante a contratação?
12. Podemos entender que o edital não prevê a inclusão de beneficiários inativos, na massa inicial do contrato?
13. Podemos entender que o edital prevê a inclusão de beneficiários inativos, em tabela diferente da tabela ativos?
14. 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:

Situação	Tempo a ser aguardado após a contratação do plano de saúde*
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

15. 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?
16. 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?
17. 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?
18. Podemos entender que a abrangência geográfica do plano e produto contratado deverá ser no mínimo grupo de Municípios?
19. Podemos entender que os atendimentos de urgência e emergência nacional poderão ser via ABRAMGE?
20. Podemos entender que devem ser ofertados produtos Grupo de Municípios **COM** coparticipação? Em caso afirmativo, podemos entender que a operadora poderá praticar seu modelo de coparticipação?
21. 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?
22. Podemos entender que o manual guia médico de rede e a carteirinha do beneficiário poderão ser fornecidos eletronicamente e/ou via site ou aplicativo para acesso aos serviços contratados?
23. Podemos entender que o pagamento será em Fatura Única emitida em favor do CRC MG, com repasse direto à Operadora, por crédito em conta-corrente desta, onde o Órgão consigna os pagamentos em folha de pagamento do beneficiário titular?
24. Podemos entender que será firmado contrato coletivo empresarial com o CRC MG, sendo responsabilidade do CRC MG o 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 o CRC MG possua alguma outra data corte de movimentação para acompanhar os prazos do desconto da folha de pagamento apontar.

25. Se o órgão não realizar a movimentação, poderá contemplar/irá indicar uma empresa para realizar a movimentação, sob sua orientação?
26. 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 credenciada quando solicitado?
27. Podemos entender que qualquer alteração da condição de Dependente, será comunicado à contratada pela contratante, uma vez que essa dispõe das informações de seus servidores?
28. Podemos entender que haverá suspensão da prestação dos serviços no caso de inadimplemento do contrato, por prazo superior a 30 dias?
29. Podemos entender que em caso de reativação do beneficiário no plano de saúde a Contratante realizará a reativação?
30. Havendo a previsão de servidores afastados, podemos entender que o pagamento será realizado mediante a emissão de boleto para o beneficiário.
31. Entendemos que os prestadores elencados no termo de referência, trata-se de sugestão de prestadores. Caso a operadora, não tenha a sugestão do prestador em sua rede credenciada, podemos ofertar outros prestadores similares?
32. 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.
33. Além da rede credenciada e rede própria, os planos deverão garantir o direito ao reembolso livre escolha?
34. Quanto ao reajuste, o IPCA não reflete a real necessidade de correção dos planos de saúde. Dessa forma, podemos entender que o reajuste financeiro será com base no VCMH – Variação de Custos Médicos e Hospitalares da operadora?
35. Podemos entender que somente a licitante arrematante/vencedora deverá enviar os documentos de habilitação e a proposta reajustada?
36. Podemos entender que os documentos de habilitação deverão ser carregados no sistema antes da sessão junto com o arquivo da proposta?

37. Podemos entender que não será necessário realizar o *upload* da proposta, bastando o preenchimento das informações no sistema eletrônico?

Fortaleza – CE, 09 de maio de 2024.

HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A.

CNPJ nº. 63.554.067/0001-98

Elisa Rafaella Pereira Lopes

CPF nº. 026.909.413-09

Consultora Jurídica