

Resposta aos pedidos de esclarecimento formulados pela Hapvida Assistência Médica S.A.

Referência: Pregão Eletrônico n. 02/2024

Objeto: Contratação de serviços de Plano de Assistência Médica de natureza coletiva empresarial, sem carência, do tipo coparticipativo, nas segmentações ambulatorial, hospitalar e obstétrica, com cobertura em todo estado de Minas Gerais e, nos casos de urgência e emergência, em todo o território nacional, incluída a cobertura assistencial, para os empregados do CRCMG e seus dependentes, sendo facultativa a adesão ao plano, durante o período de 12 (doze) meses.

1. Primeiramente, para adequada análise e elaboração da melhor proposta, solicitamos a distribuição do quantitativo de beneficiários por localidade.

Belo Horizonte - 123

Betim - 1

Confins - 4

Contagem - 3

Ibirité - 5

Nova Lima - 1

Ribeirão das Neves - 2

Sabará - 3

Santa Luzia - 6

Sete Lagoas - 3

Vespasiano - 2

2. Quais os últimos 3 reajustes aplicados?

2021= 3%

2022 = 3,5%

2023 = 0,17%

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

Unimed Unipart Flex, enfermaria e apartamento.

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.

O CRCMG não possui essas informações, ademais se referem a dados pessoais sensíveis, protegidos pela LGPD.

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?

O CRCMG não possui essas informações, ademais se referem a dados pessoais sensíveis, protegidos pela LGPD.

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

O CRCMG não possui essas informações, ademais se referem a dados pessoais sensíveis, protegidos pela LGPD.

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?

O CRCMG não possui essas informações, ademais se referem a dados pessoais sensíveis, protegidos pela LGPD.

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

O CRCMG não tem conhecimento dessa informação em relação aos dependentes. As informações sobre saúde dos beneficiários são dados pessoais sensíveis, protegidos pela LGPD.

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

O CRCMG não possui essas informações, ademais se referem a dados pessoais sensíveis, protegidos pela LGPD.

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

Ver itens 4.11.2 e 4.11.2.1 dos Estudos Técnicos Preliminares:

4.11.2. Para rescisão sem justa causa e aposentados, serão aplicadas as determinações da legislação e normas regulamentares vigentes para a permissão de continuidade de permanência no plano de saúde, em especial, as disposições da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998 e da Resolução Normativa ANS n.º 488, de 29 de março de 2022.

4.11.2.1. Nos termos da Resolução Normativa ANS n.º 488, de 29 de março de 2022:

a) a manutenção da condição de beneficiário em plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados poderá ocorrer com condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos;

b) a carteira dos planos privados de assistência à saúde de ex-empregados de uma operadora poderá ser tratada de forma unificada para fins de apuração de reajuste.

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

Não, o entendimento não está correto. Há inativos no atual rol de beneficiários.

12. Podemos entender que o edital não prevê a inclusão de beneficiários inativos, na massa inicial do contrato? Não, o entendimento não está correto. Há inativos no atual rol de beneficiários, ver ainda itens 4.11.2 e 4.11.2.1 dos Estudos Técnicos Preliminares.

13. Podemos entender que o edital prevê a inclusão de beneficiários inativos, em tabela diferente da tabela ativos? Sim, é correto o entendimento, ver item 4.11.2.1 dos Estudos Técnicos Preliminares:

4.11.2.1. Nos termos da Resolução Normativa ANS n.º 488, de 29 de março de 2022:

a) a manutenção da condição de beneficiário em plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados poderá ocorrer com condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos;

b) a carteira dos planos privados de assistência à saúde de ex-empregados de uma operadora poderá ser tratada de forma unificada para fins de apuração de reajuste.

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

As regras sobre carência da contratação estão disciplinadas nos itens 4.8.1, 4.8.2 e 4.6.3.1 dos Estudos Técnicos Preliminares:

4.8.1. Não haverá limitações de idade e quaisquer carências para os beneficiários, incluindo os dependentes, inscritos, quando dos primeiros 30 (trinta) dias de vigência do contrato.

4.8.2. Não haverá carência para os novos empregados, recém-nascidos, filhos naturais, adotivos e dependentes resultante de casamentos, ocorridos na vigência do contrato que aderirem ao plano de saúde no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do evento, observando-se, em todo caso, o disposto na Resolução Normativa ANS nº 557, DE 14 de dezembro de 2022.

4.6.3.1. O atendimento de urgência e emergência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

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?

Ver item 4.8.2 do Estudos Técnicos Preliminares:

4.8.2. Não haverá carência para os novos empregados, recém-nascidos, filhos naturais, adotivos e dependentes resultante de casamentos, ocorridos na vigência do contrato que aderirem ao plano de saúde no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do evento, observando-se, em todo caso, o disposto na Resolução Normativa ANS nº 557, DE 14 de dezembro de 2022.

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?

Nos casos de indisponibilidade ou inexistência de prestador na rede assistencial no município, aplica-se à contratação as determinações da RN ANS n. 566/2022.

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?

Ao sistema de reembolso, aplicam-se as regras do item 4.7 dos Estudos Técnicos Preliminares e da RN ANS n. 566/2022.

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

Ver o objeto do edital, item 1.1:

O objeto da presente licitação consiste na contratação de serviços de Plano de Assistência Médica de natureza coletiva empresarial, sem carência, do tipo coparticipativo, nas segmentações ambulatorial, hospitalar e obstétrica, **com cobertura em todo estado de Minas Gerais e, nos casos de urgência e emergência, em todo o território nacional**, incluída a cobertura assistencial, para os empregados do CRCMG e seus dependentes, sendo facultativa a adesão ao plano, durante o período de 12 (doze) meses, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas neste Edital e seus anexos.

19. Podemos entender que os atendimentos de urgência e emergência nacional poderão ser via ABRAMGE?

Ver item 4.2.1 dos Estudos Técnicos Preliminares:

4.2.1. A prestação de serviços de saúde deve garantir o descrito no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em conformidade **com a rede própria, credenciada, contratada, referenciada ou cooperada**, incluindo:

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?

A licitante deverá atentar para as regras do edital e seus anexos.

A cobertura abrange todo estado de Minas Gerais e, nos casos de urgência e emergência, em todo o território nacional. As regras de coparticipação estão previstas no item 9.1.2 do Termo de Referência e 4.9 e 8.1.2 dos Estudos Técnicos Preliminares.

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?

Sim, o CRCMG providenciará a adesão dos beneficiários, podendo ser nas condições apresentadas.

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?

O cartão deverá ser fornecido no formato físico, ver item 4.12.2.1 dos Estudos Técnicos Preliminares:

4.12.2.1. A disponibilidade de cartão virtual aos beneficiários, de forma que possibilite a utilização integral dos serviços, suprirá eventual atraso na emissão dos cartões físicos, não podendo o prazo de entrega dos cartões físicos ser superior a 30 (trinta) dias, ainda que disponibilizado aplicativo/cartão virtual.

O guia médico poderá ser apresentado eletronicamente e/ou via site ou aplicativo.

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?

O pagamento poderá ser efetivado por meio de fatura única ou por meio de faturas específicas relativas às mensalidades e às despesas de coparticipativo, ficando a critério da contratada. O repasse será feito diretamente à operadora pelo CRCMG, por meio de boleto ou crédito em conta corrente.

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.

O entendimento proposto não está correto. Os prazos mencionados para a movimentação de inclusões e exclusões de beneficiários necessitam ser mais reduzidos para garantir uma gestão eficiente e ágil do contrato coletivo empresarial. Assim, considera-se que a operadora deve possibilitar que as movimentações sejam processadas em até 15 dias contados do lançamento no sistema, independentemente do dia do mês, podendo esse prazo ser prolongado, a critério do CRCMG. Caso a

operadora opte por estabelecer datas de corte, deverá considerar esse prazo acima indicado como uma referência máxima para delimitar os períodos de movimentação.

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

As movimentações de inclusão e exclusão de beneficiários serão realizadas pelo CRCMG.

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?

Está correto o entendimento.

Saliente-se, no entanto, que não se trata de credenciamento, mas licitação na modalidade de Pregão Eletrônico.

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?

Está correto o entendimento.

28. Podemos entender que haverá suspensão da prestação dos serviços no caso de inadimplemento do contrato, por prazo superior a 30 dias?

Para os casos de suspensão e extinção do contrato, aplicam-se as disposições dos §§ 2º e 3º do art. 137 da Lei n. 14.133/2021.

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

Está correto o entendimento.

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

Não. O pagamento será efetivado pelo CRCMG.

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?

Não há correspondência entre o questionamento e as disposições do edital.

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.

A licitante deve se ater às disposições do edital, em especial do item 4.3, quanto à rede de credenciamento:

4.3. DA REDE DE ATENDIMENTO – PRÓPRIA, CREDENCIADA, COOPERADA OU REFERENCIADA

4.3.1. A contratada deve dispor e manter uma rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada, no mínimo regional, no estado de Minas Gerais, composta por médicos, laboratórios, clínicas, maternidades e hospitais que atendam, de forma suficiente, os usuários do plano de assistência médica, devendo ser garantindo aos beneficiários, no mínimo:

33. Além da rede credenciada e rede própria, os planos deverão garantir o direito ao reembolso livre escolha? Nos casos de indisponibilidade ou inexistência de prestador na rede assistencial no município, e não havendo indicação da contratada de prestador, ficará à livre escolha do beneficiário, conforme determinações da RN ANS n. 566/2022.

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?

O reajuste seguirá o disposto na minuta do contrato, Anexo II do edital, em especial, os itens:

7.2. Após o interregno de um ano, desde que a pedido do contratado, os preços iniciais poderão ser reajustados, mediante a aplicação, pelo contratante, do IPCA, exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.

7.9. Sinistralidade

7.9.1. Caso a sinistralidade calculada para o período de 12 (doze) meses seja maior que 75% (setenta e cinco por cento), A CONTRATADA, poderá requerer repactuação, sujeita à demonstração do cálculo da sinistralidade e da memória de cálculo respectiva, bem como as justificativas legais para análise da CONTRATANTE.

35. Podemos entender que somente a licitante arrematante/vencedora deverá enviar os documentos de habilitação e a proposta reajustada?

Está correto o entendimento.

36. Podemos entender que os documentos de habilitação deverão ser carregados no sistema antes da sessão junto com o arquivo da proposta?

Não. Para esse certame, a documentação de habilitação deverá ser apresentada quando solicitada pelo pregoeiro, posteriormente, ao julgamento da proposta.

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

A proposta preenchida será solicitada pelo pregoeiro, ver as disposições do edital:

3.9. Serão disponibilizados para acesso público os documentos que compõem a proposta dos licitantes convocados para apresentação de propostas, após a fase de envio de lances.

5.22.4. O pregoeiro solicitará ao licitante mais bem classificado que, no prazo de 2 (duas) horas, envie a proposta adequada ao último lance ofertado após a negociação realizada, acompanhada, se for o caso, dos documentos complementares, quando necessários à confirmação daqueles exigidos neste Edital e já apresentados.

Belo Horizonte, 13 de maio de 2024.

Sergio Robson Mafra
Pregoeiro