

A

PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA /SP.**Ref.: Questionamentos ao EDITAL DO PREGÃO ELETRÔNICO Nº 70/2025.****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. Solicitamos o perfil dos beneficiários titulares e dependentes por localidade.
2. Qual é a operadora de plano de saúde atualmente contratada? Quais foram os últimos 03 (três) reajustes aplicados?
3. Quais são os planos atualmente ofertados, seus respectivos valores e nomes comerciais?
4. Qual o valor das 03 (três) últimas faturas?
5. Favor disponibilizar o relatório de custo x sinistralidade.
6. Podemos entender que o edital não prevê a inclusão de beneficiários inativos?
7. Podemos entender que o edital prevê a inclusão de beneficiários inativos, em tabela diferente da tabela ativos?
8. Podemos entender que os planos deverão ser ofertados em valor 10 faixas, conforme ANS?
9. 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.
10. Por favor, divulgar relatório de maiores utilizadores nos últimos 12 meses com detalhamento dos sinistros relativos aos mesmos. Qual a situação atual? Estão ativos?
11. Estão em tratamento? São crônicos? Foi pontual?
12. 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?
13. Existem casos de liminares nesta população? Em caso positivo, por favor, divulgar detalhamento desses casos.
14. 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?

15. 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.
16. Está correto nosso entendimento que, para cumprimento da RN 566/2022, a cobertura poder ser garantida por meio de telemedicina?
17. Podemos entender que as regra de reembolso será conforme disposto na RN 566/2022, considerando inclusive os municípios limítrofes e a região de Saúde?
18. Podemos entender que todos os beneficiários titulares do contrato vigente migrarão compulsoriamente para o novo contrato?
19. Podemos entender que a Prefeitura de Orlândia custeará o plano de saúde dos beneficiários titulares? Em caso afirmativo, indicar o percentual de custeio.
20. Podemos entender que a Prefeitura de Orlândia custeará o plano de saúde dos beneficiários dependentes e agregados? Em caso afirmativo, indicar o percentual de custeio.
21. Podemos entender que a Contratante realizará o repasse dos valores das mensalidades em fatura única para a Contratada, por meio de crédito em conta corrente da operadora?
22. Podemos entender que deverá ser ofertado apenas produto com acomodação coletiva (enfermaria)?
23. Na hipótese de custeio pelo beneficiário titular, podemos entender que a Contratante realizará o repasse dos valores das mensalidades em fatura única para a Contratada, por meio de crédito em conta corrente da operadora?
24. Podemos entender que na hipótese de reembolso será utilizada a Tabela da Operadora, no prazo de 30 (trinta) dias conforme dispõe a ANS?
25. Podemos entender que será firmado contrato coletivo empresarial com a Prefeitura de Orlândia, sendo responsabilidade desta 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 possua alguma outra data corte de movimentação para acompanhar os prazos do desconto da folha de pagamento apontar.

26. Se o órgão não realizar a movimentação, poderá contemplar/irá indicar uma empresa para realizar a movimentação, sob sua orientação?
27. Podemos entender que haverá suspensão da prestação dos serviços no caso de inadimplemento do contrato da mensalidade dos beneficiários, por prazo superior a 30 dias e exclusão do plano de saúde quando a inadimplência foi superior a 60 (sessenta) dias, nos termos da RN 593/2023?
28. Podemos entender que em caso de reativação do beneficiário no plano de saúde a Contratante realizará a reativação?



29. Qual é a previsão do início da vigência do novo contrato?
30. Podemos entender que a adesão é compulsória?
31. 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?
32. Os planos a serem apresentados deverão contemplar coparticipação? Em caso afirmativo, podemos entender que a operadora poderá praticar seu modelo de coparticipação?
33. Podemos entender que será aplicado o reajuste técnico caso a sinistralidade do contrato ultrapasse o ponto de equilíbrio - *breakeven* – de 70%?
34. 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?

Fortaleza/CE, 16 de maio de 2025.

HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A.

CNPJ sob o nº 63.554.067/0001-98

Elisa Rafaella Pereira Lopes

CPF nº. 026.909.413-09

Consultora Jurídica

