
1. Está correto nosso entendimento que as carências atenderão os prazos da ANS?

A operadora deverá observar o item 1. Condições Gerais de Contratação do Termo de Referência, no que diz respeito a Portabilidade de Carências, sendo respeitado as normas contidas na RN 438/2018.

2. 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?

De acordo com a tabela contida no Termo de Referência no item 1.1, a cobertura e abrangência deverá obrigatoriamente incluir os municípios de Fernandópolis, Jales, Votuporanga, Santa Fé do Sul, Estrela D'Oeste, Mira Estrela, Turmalina, Populina, São João das Duas Pontes, Indiaporã, Guarani D'Oeste, Pedranópolis, Macedônia, São José do Rio Preto, Meridiano e Ouroeste, observando o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente, incluindo e não se limitando a consultas em todas as especialidades reconhecidas pelo CFM.

3. 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?

Quando não oferecida cobertura no local em que se encontra o beneficiário, poderá se utilizar de rede credenciada de operadora parceira, respeitada as normas da ANS.

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

Respeitado o disposto na RN 566/2022 a operadora poderá pactuar contratualmente com o beneficiário limites para o reembolso no caso de produtos com acesso a livre escolha de prestadores.

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

O reembolso deverá respeitar os dispositivos dispostos na RN 566/2022 sendo facultado a operadora definir sua abrangência além daquela descrita, podendo estabelecer as regras nacionais.

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

A partir da assinatura do contrato somente após um ano poderá haver mudanças.

7. Está correto o nosso entendimento que as carteirinhas e manuais poderão ser disponibilizados apenas por meio virtual?

Conforme Termo de Referência as carteiras poderão ser digitais ou físicas, ficando a critério da operadora.

8. 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?

Conforme item 5.3 “b” do Termo de Referência a operadora ficará responsável pela gestão do sistema que possibilite a inclusão e exclusão de beneficiários, ficando a cargo da mesma o controle dos dados.

9. Está correto nosso entendimento que as movimentações cadastrais seguirão o fluxo abaixo?

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

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

A movimentação do fluxo será regulamentada após o credenciamento das operadoras interessadas, para que todas sigam o mesmo procedimento.

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

A tabela é a mesma tanto para ativos quanto para inativos, mas a inclusão ocorre apenas enquanto o servidor está com a situação ativa.

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

Unimed.

12. Por favor, informar quais os valores atualmente praticados.

Tabela de valores anexa.

13. Por favor, informar qual a sinistralidade do contrato com a UNIMED nos últimos 12 meses.

No último relatório em 07/2025 a sinistralidade se encontrava em 88%.

14. Quais os planos (registro ANS) ofertados atualmente?

O plano contratado pelo Município é o Plano Coletivo Empresarial com segmentação Ambulatorial + Hospitalar c/ Obstetrícia.

15. Por favor, esclarecer por quanto tempo o contrato junto a UNIMED esteve vigente.

De 31/05/2010 a 30/09/2025.

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

A abrangência mínima obrigatoriamente como informado anteriormente deve seguir o item 1.1 do Termo de Referência, sendo os municípios de Fernandópolis, Jales, Votuporanga, Santa Fé do Sul, Estrela D'Oeste, Mira Estrela, Turmalina, Populina, São João das Duas Pontes, Indiaporã, Guarani D'Oeste, Pedranópolis, Macedônia, São José do Rio Preto, Meridiano e Ouroeste.

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

Sim, na coparticipação os valores eram fixos, sendo de R\$10,00 (dez reais) à R\$ 60,00 (sessenta reais) para exames e R\$ 15,00 (quinze reais) para consultas em geral.

18. Por favor, informar se atualmente existem beneficiários em home care, indicando as quantidades CID, local e tratamento atual.

Atualmente não.

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

Atualmente não.

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

4 beneficiários, não podemos disponibilizar outras informações.

21. A prestação de serviço poderá ser de forma indireta?

Edital não prevê, mas como informado não havendo rede credenciada da própria operadora no município ou região limítrofe a operadora poderá se usar de parceiros.

22. Está correto o nosso entendimento caso algum Município não possua prestadores credenciados, a Operadora poderá ofertar reembolso livre escolha com base na tabela da Operadora, conforme RN 566/2022?

Sim, como informado anteriormente no caso da livre escolha de prestadores o beneficiário e a operadora poderão pactuar dentro dos limites estabelecidos.

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

O reajuste do contrato deverá ocorrer após 12 meses respeitando o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC/IBGE).

24. Por favor, informar a quantidade atual de agregados.

717 entre titulares e dependentes.