

ESCLARECIMENTO 4

PROCESSO Nº 165/2022 – PREGÃO ELETRÔNICO Nº 09/2023

OBJETO: Contratação de Serviços – Assistência médico-hospitalar aos funcionários da capital e interior, conforme quantidades e especificações constantes do Anexo I – TERMO DE REFERÊNCIA.

Segue o pedido de esclarecimento, encaminhado via e-mail por licitante, e a respectiva resposta elaborada pela respectiva área gestora (DEARH):

PERGUNTA 01: Favor ratificar o nosso entendimento de que, os beneficiários classificados como agregados serão aqueles previstos no art. 5º, inciso VII, da RN 557/22, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde e regulamenta a sua contratação. Está correto esse entendimento? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

RESPOSTA: Sim, conforme item 1.1.1 do Anexo I – Termo de Referência, mantém-se para os que já estão nesta condição.

PERGUNTA 02: Órgão está ciente e de acordo que as licitantes utilizarão as regras de elegibilidade previstas na RN nº 557/2022 (antiga RN nº 195/09), bem como, os inativos, serão em conformidade a RN 488/22 - Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98. Cientes e de acordo? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

RESPOSTA: Sim.

PERGUNTA 03: Favor ratificar o nosso entendimento de que os cancelamentos deverão seguir conforme disposto na RN 561/2022, que dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão, onde o beneficiário poderá solicitar seu cancelamento diretamente junto a licitante ora denominada Contratada. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

RESPOSTA: Sim.

PERGUNTA 04: No caso de ausência de rede credenciada, inclusive para casos de urgência e emergência, por favor confirmar o entendimento de que os reembolsos estão subordinados as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN nº 566/2022, que em suma dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde, e, suas diretrizes. Caso Negativo, favor explicar detalhadamente.

RESPOSTA: Sim. Observar que a licitante deverá atender ao que dispõe o Anexo I – Termo de Referência, item 5. Serviços Cobertos.

PERGUNTA 05: Por favor ratificar o nosso entendimento de que todas as remoções serão nos termos da ANS RN 490/22 e das Diretrizes de Utilização (DUT) aplicáveis anexo II e suas atualizações, dependendo estas serem comprovadamente necessárias e justificadas tecnicamente por meio do relatório médico assistente. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

RESPOSTA: A Licitante deverá observar o Anexo I – Termo de Referência, item 6. Recursos Credenciados, em especial os itens 6.1.3, 6.1.6 e 6.1.7.

INDICADOR Nº 07 – JUNTA MÉDICA, PÁG. 57

PERGUNTA 06: A cobertura contratual deve ser prestada de acordo com a Lei 9.656/98 e suas atualizações, além dos procedimentos listados no rol aprovado pela ANS, atualmente na Resolução Normativa nº. 424/21 e suas atualizações. Desta forma, o Órgão está ciente e de acordo que, as disposições do item supra serão conforme as condições previstas na Resolução Normativa nº 424/21, que em suma dispõe sobre critérios para a realização de junta médica formada para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde? Cientes e de acordo? Caso negativo, favor detalhar o que seria e qual será o prazo de retorno da avaliação da Junta Médica, dentro do período preposto da Administração, ora denominada como Contratante.

RESPOSTA: Sim. A licitante deverá atender conforme RN 566/21 (Prazos Máximos Para Atendimento ao beneficiário).

ITEM 1.3.2 PÁG. 31- DO REEMBOLSO

PERGUNTA 07: Favor especificar o nosso entendimento de que, o índice multiplicador refere-se a de CMS para cada procedimento, devendo respeitar a indicada na tabela da empresa ora denominada como Contratante de reembolso, onde alguns procedimentos são abaixo de 100. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

RESPOSTA: Correto. Os valores são referenciais, obedecendo a legislação quanto ao reembolso, conforme tabela do produto (plano/rede credenciada).

PERGUNTA 08: Além das condições estabelecidas em Edital, poderá ser considerada as CONDIÇÕES GERAIS do produto SAÚDE da empresa vencedora do processo licitatório?

RESPOSTA: Sim, desde que as condições apresentadas estejam em conformidade com o Edital e seus anexos.

ITEM 20, PÁG. 50 – DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL EXTRA CONTRATO

PERGUNTA 09: Favor ratificar o nosso entendimento de que, o item supra poderá ser cumprido através de estrutura digital para o atendimento aos seus segurados (telefone 0800 possuindo ampla estrutura para agendamentos com profissionais da rede credenciada, portal do cliente, APP, e-mails, telefones). Está correto esse entendimento? Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

RESPOSTA: Conforme especificado, a CEAGESP disponibiliza um consultório para atendimento de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 horas. O médico realizará o atendimento presencialmente ou através da estrutura digital no ambulatório médico da CEAGESP -quando não for possível o deslocamento do empregado.

PERGUNTA 10: Com intuito de ampliar a competitividade e isonomia do processo licitatório, considerando os limites das obrigações contratuais, bem como a natureza jurídica das companhias seguradoras, onde as mesmas não são configuradas como prestadoras de serviços, assim não instituindo retenção de ISS, conforme preconiza a Lei Complementar nº 116/2003, Lei nº 13.701/2003 e Portaria 14/2004-SF, ratificamos que as seguradoras são isentas de emissão de Nota Fiscal.

Por todo o exposto, podemos considerar válida a substituição de apresentação de Nota Fiscal por Apólice de Seguros, Fatura e Boleto?

A título de conhecimento, disponibilizamos o modelo demonstrativo **(Doc.1)** da Fatura a ser disponibilizada na hipótese de contratação dos serviços, objeto do presente processo licitatório.

RESPOSTA: Sim, a substituição é válida.

PERGUNTA 11: Por favor ratificar o nosso entendimento de que todas as coberturas previstas no edital serão nos termos do Rol da ANS RN 465/21 e das Diretrizes de Utilização (DUT) aplicáveis anexo II e suas atualizações. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

RESPOSTA: Sim, conforme especificado no Edital, Anexo I – Termo de Referência, item 5. Serviços Cobertos.

PERGUNTA 12: Podemos entender que somente será solicitado a alteração de plano no aniversário do contrato e mediante avaliação prévia da Seguradora podendo ou não ser aceito, e para upgrade sendo passível a imputação de carência para utilização dos serviços/procedimentos na nova rede referenciada, para o padrão de acomodação e múltiplos de reembolso, quando for o caso. Caso positivo, este pedido de análise deverá solicitado até o 30º (trigésimo) dia posterior à mudança de categoria profissional e 30º (trigésimo) dia anterior ao aniversário do contrato? Nosso entendimento está correto? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

RESPOSTA: Upgrade no padrão de plano por ocasião de alteração de cargo, ou upgrade sem carência até 60 dias da assinatura do contrato e 30 dias antes do aniversário do contrato, conforme item 2.4, alínea “c” do Anexo I – Termo de Referência.

PERGUNTA 13: O Órgão está ciente e de acordo quanto a manutenção de beneficiários até 54 anos será realizada pela Contratante na área logada do portal da seguradora, onde será disponibilizado login e senha para acesso, devendo ser incluso? Ciente e de acordo?

RESPOSTA: Sim.

PERGUNTA 14: Por questões de Política Ambiental e de Sustentabilidade, e com intuito de sempre proporcionar agilidade e segurança nos dados compartilhados, por favor ratificar o nosso entendimento de que o Guia/Manual de Rede Referenciada, bem como a carteirinha dos beneficiários, poderão ser disponibilizados de forma virtual, sendo ambos disponibilizados no aplicativo e site eletrônico desta Seguradora para consulta, além ainda de no caso de eventuais dúvidas será disponibilizado atendimento telefônico 0800.

RESPOSTA: Além da carteira virtual, é necessária a emissão de cartões físicos, conforme Anexo I – Termo de Referência, Item 4 – Cartão de Identificação e item 9.2.

SUBITENS 6 A 11 DA ALÍNEA “E”, ITEM 6.1.3, PÁG. 38– SERVIÇOS AMBULATORIAIS

PERGUNTA 15: O Órgão está ciente e de acordo que, em que pese os serviços listados nos subitens supra estejam cobertos, estes não se enquadram em serviços ambulatoriais, bem como, não está previsto na integralidade do item 6.1.3 a cobertura para consultas e procedimentos eletivos em ambulatório hospitalar? Cientes e de acordo? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

RESPOSTA: A alínea “c” prevê cobertura para procedimentos ambulatoriais, mesmo quando realizados em ambulatórios de hospital, desde que não caracterizem internação. Os procedimentos da alínea “e” estão classificados como procedimentos especiais e assim

devem ser tratados.

PERGUNTA 16: Por gentileza informar se as licitantes poderão apresentar planos com reembolso "livre escolha", onde é possível o beneficiário optar por utilizar os recursos/médicos da rede credenciada da operadora/seguradora ou então escolher livremente qual o recurso/médico que gostaria de utilizar, podendo solicitar posteriormente o reembolso dos valores pagos previamente ao recurso/médico escolhido, onde serão reembolsados conforme tabela de valores fornecidos pela operadora/seguradora. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

RESPOSTA: Sim, conforme Anexo I – Termo de Referência, 1.3.

PERGUNTA 17: No caso de ausência de rede credenciada, onde haja a proposta de pagamento da integralidade do reembolso, por favor confirmar o entendimento de que os reembolsos estão subordinados as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN nº 259/2011 e suas diretrizes.

RESPOSTA: Verificar Termo de Referência – Anexo I do Edital (5.1, 6.1 e 18) e ainda assim, considerando as hipóteses de ausência da rede, o reembolso deverá observar a RN 566/22 – que revogou a RN 259/2011.

PERGUNTA 19: Para total atendimento do instrumento convocatório, é importante informar que o retorno para as dúvidas relativas ao atendimento e/ou serviços prestados, eventualmente poderão ocorrer dentro ou fora do prazo de 05 (cinco) dias corridos, de acordo com o grau de complexidade da solicitação. Este órgão está ciente e de acordo? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

E

PERGUNTA 20: Favor ratificar o entendimento de que as autorizações se darão nos prazos estabelecidos e serão conforme as Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a Resolução Normativa n.º 566/2022 e 395/2011.

RESPOSTA: Os prazos deverão ser tratados conforme item 5.3, do Anexo I – Termo de Referência.

PERGUNTA 21: Está correto nosso entendimento de que as regras de credenciamento e descredenciamento de rede estão subordinadas às disposições da Lei 9.656/98, especialmente no que tange o art. 17, bem como a Resolução Normativas nº 567/2022, que dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares, e, Instrução Normativa - nº 46 da ANS e eventuais alterações pertinentes a matéria. Ademais, ratificar nosso entendimento de que o Órgão aceitará como forma de notificação, a comunicação realizada por meio do Portal Corporativo e a Central de Atendimento das operadoras/seguradoras, sendo que esses canais permanecem devidamente atualizados com as informações das substituições havidas em sua rede para consulta pelos beneficiários, observando os critérios mínimos definidos em Instrução Normativa da DIDES (Diretoria de Desenvolvimento Setorial). Cientes e de acordo?

RESPOSTA: Sim. Observar o Anexo IX – Minuta de Contrato, em especial os itens 10.1 – alíneas “d” e “j” e 10.2 – alíneas “a”, “c” e “f”.

PERGUNTA 22: Considerando a obrigação de sigilo que as operadoras/seguradoras devem se atentar, por força da RN Nº 509, podemos entender que os relatórios serão fornecidos garantindo o sigilo médico exigido pela ANS, bem como a Lei Geral de Proteção de Dados? Caso negativo favor explicar detalhadamente.

RESPOSTA: Sim.

PERGUNTA 23: Quanto aos relatórios/faturas serão disponibilizados na área logada do portal da seguradora, onde será disponibilizado login e senha para acesso. O Órgão está ciente e de acordo?

RESPOSTA: Sim.

ALÍNEA "J", ITEM 13.1, PÁG. 45 - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

PERGUNTA 24: O Órgão está ciente de acordo que, as movimentações de beneficiários e suas manutenções serão realizadas na área logada do portal da seguradora, o qual será disponibilizado login e senha para acesso, possuindo as funções para que ocorra as referidas movimentações eletrônicas, promovendo a segurança e celeridade necessárias para os atos.

RESPOSTA: Sim.

PERGUNTA 25: Quanto a remissão, por favor ratificar nosso entendimento de que as licitantes poderão ofertar esse benefício por prazo superior ao mencionado no edital? Somente salientamos que a remissão, independente do prazo concedido, impacta na sinistralidade do contrato. Cientes e de acordo?

RESPOSTA: Sim, conforme item 20, do Anexo I – Termo de Referência.

PERGUNTA 26: O Órgão está ciente e de acordo que, a operadora de saúde analisará a solicitação de atenção domiciliar do médico assistente por meio de avaliação in loco do prestador contratado na nossa rede e fará autorização e prorrogação do plano de atendimento domiciliar mediante pertinência técnica e instrumentos de avaliação validados na literatura médica. O período do tratamento domiciliar será determinado mediante análise mensal do caso e prorrogado enquanto houver pertinência técnica. Ciente e de acordo? Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

RESPOSTA: Sim, conforme item 6.1.5, do Anexo I – Termo de Referência.

PERGUNTA 27: No intuito de ampliar a isonomia e competitividade do referido processo licitatório, favor ratificar o nosso entendimento de que as licitantes poderão apresentar os hospitais de sua rede credenciada, honrando o porte e padrão de atendimento requisitados e necessários, em substituição aos recursos exigidos no item 6 – Recursos Credenciados, excluindo assim quaisquer eventuais prejuízos a esta Administração. Está correto esse entendimento? Caso negativo, explicar detalhadamente.

RESPOSTA: Sim, poderão, conforme item 6.1.2.1, porém deverão ser equivalentes ou superiores ao relacionados. Observar o item 6.2, a alínea "K" do item 13.1., do Anexo I – Termo de Referência, bem como os itens 8.2.3 e 12.2 do Edital.

PERGUNTA 28: Por favor ratificar nosso entendimento de que na hipótese de não haver recursos de atendimento em algumas localidades listadas, serão aplicáveis à presente contratação as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial à RN no 566/22, que dispõe quanto a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado nas cidades limítrofes. Nosso entendimento está correto? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

Vide pergunta 17.

PERGUNTA 29: Favor esclarecer se a cobertura exigida no item supra trata-se dos transplantes estabelecidos conforme Rol da ANS e das Diretrizes de Utilização (DUT) aplicáveis? Em caso negativo, favor especificar.

RESPOSTA: A cobertura de transplantes, consta do Edital, no Anexo I – Termo de Referência, item 6.1.8.

PERGUNTA 30: O percentual de impostos a ser retido por este Órgão, será o total de 7,05% (referente a IR, PIS/PASESP, COFINS e CSLL), conforme Instrução Normativa RFB n. 1234 de 11/02/2012? Se negativo, favor informar o percentual e o número da Lei a ser aplicada para avaliarmos. Além disso, favor explicar detalhadamente o desconto na fatura mencionado no item 6.3.1 do Edital.

RESPOSTA: Sim, conforme tabela anexo I da IN RFB nº 1.234. O item 6.3.1, quando aplicável, no valor cotado deverá estar incluso o ICMS do Estado de São Paulo.

PERGUNTA 31: Favor ratificar o nosso entendimento de que, as judicializações mencionada no indicador nº 09, são decorrências e restritas as coberturas previstas contratualmente? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

RESPOSTA: Correto.

PERGUNTA 32: Por favor informar se as condições do produto abaixo transcritas, serão aceitas pelo Órgão:

O serviço de Home Care poderá ser concedido, a critério da SEGURADORA, desde que:

- a. O paciente esteja hospitalizado, com previsão de alta hospitalar, com a necessidade da continuidade do tratamento que possa ser prestado em ambiente domiciliar;
- b. A continuidade do tratamento será por período determinado e embora possa ser prolongado, terá condição de futura alta;
- c. O paciente resida em uma área com infra-estrutura adequada para conduzir os cuidados e tratamentos conforme prescrição médica;
- d. Possua solicitação do Médico Assistente, responsável pelo paciente, constando claramente o pedido de

Assistência Domiciliar, bem como, dos cuidados técnicos necessários;

- e. Que o paciente tenha um cuidador ou acompanhante responsável durante a prestação do serviço;
- f. Que seja permitido livre acesso de profissional especialmente designado pela SEGURADORA para visitação e avaliação dos serviços prestados.

RESPOSTA: Sim.

PERGUNTA 33: Com intuito de ampliar a competitividade e isonomia do processo em epígrafe, em atenção a Lei no 12.682/2012, regulamentada pelo Decreto no 10.278/2020, gentilmente solicitamos a possibilidade de ratificar o nosso entendimento de que os documentos assinados, emitidos e autenticados por meios digitais possuem legalidade jurídica e serão considerados originais e válidos? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

RESPOSTA: Sim, os documentos assinados digitalmente, estando estes padronizados à legislação pertinente, serão aceitos como válidos.



PERGUNTA 34: Favor ratificar o nosso entendimento de que, a apresentação do registro do plano, bem como relação de rede credenciada se dará no ato do início da vigência do contrato. Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

RESPOSTA: Verificar os itens item 8.2.3 - alínea "d" e 12.2 do Edital e item 23.1 do Anexo I - Termo de Referência.

PERGUNTA 35: Ratificar nosso entendimento de que a contratação será 100% do quadro de colaboradores registrados na CEAGESP - COMPANHIA DE ENTREPÓSITOS E ARMAZENS GERAIS DE SAO PAULO, onde todos comprovam vínculo empregatício somente com o CNPJ 62.463.005/0001-08 de acordo com o Artigo 5º da RN 195.

RESPOSTA: Será realizada a migração de 100% dos beneficiários da apólice atual.

PERGUNTA 36: No presente Edital é solicitado o envio do preço global objetivando a contratação de prestação de serviços pela Seguradora. Para elaboração da proposta, solicitamos o envio da distribuição etária de vidas por plano, PLANO BÁSICO – ENFERMARIA e PLANO INTERMEDIÁRIO – APARTAMENTO, Qual a quantidade de vidas será alocada em cada plano.

RESPOSTA:

Descrição da Faixa	BASICO	VERSATIL	DINAMICO	LIDER
0 a 18	271	4	2	
19 a 23	67	1	0	
24 a 28	16	1	0	
29 a 33	53	1	1	
34 a 38	95	1	0	
39 a 43	132	0	0	
44 a 48	130	2	6	1
49 a 53	106	4	4	
54 a 58	124	3	2	
59 anos ou mais	163	11	12	1

* Versátil: Intermediário

PERGUNTA 37: Há contributividade, por parte dos funcionários, para adesão a todos os planos, inclusive o básico enfermaria? Se sim, qual o percentual/valor de contributividade por parte do funcionário? Caso, haja contributividade, os inativos terão direito a permanecer no plano de acordo com todas as regras da RN 279?

RESPOSTA: Sim, conforme cláusula estabelecida em Acordo/Dissídio Coletivo de Trabalho, a saber:

SALÁRIO NORMATIVO: R\$ 1.426,10

24ª - ASSISTÊNCIA MÉDICA, HOSPITALAR, ODONTOLÓGICA E PSICOLÓGICA

Para cobertura das despesas decorrentes do convênio de assistência médica e hospitalar que beneficie todos os empregados e dependentes, inclusive os cônjuges, no ato do tratamento de todas as doenças enumeradas pela Organização Mundial de Saúde, os empregados contribuirão com parcela mensal correspondente a 1% (um por cento) do salário normativo (cláusula 4ª), descontado em folha de pagamento, cabendo a empresa custear a parcela remanescente, salvo para os empregados enquadrados no § 1º desta cláusula.

§ 1º - Aos empregados que ingressarem na CEAGESP a partir de 1º de janeiro de 2014 e respectivos dependentes fica assegurado o convênio de assistência médica e hospitalar nos termos acima mencionados, mediante a participação contributiva mensal, conforme tabela a seguir:

CLASSE DE RENDA = salário base % DE PARTICIPAÇÃO

Até 3,0 SN 20,0

Até 6,0 SN 30,0

> 6,0 SN 50,0

SN = SALÁRIO NORMATIVO

§ 2º - O percentual estabelecido na cláusula anterior será calculado com base no valor pago pela CEAGESP para o plano empresarial básico e a participação contributiva mensal do funcionário está limitada a uma vida.

§ 3º Em hipótese alguma a participação contributiva prevista no § 1º poderá ser exigida dos funcionários contratados anteriormente a data fixada na referida cláusula.

§ 4º - Aos empregados que possuírem plano de saúde próprio, independente da empresa, fica facultado em optar pela manutenção do plano empresarial oferecido pela CEAGESP ou receber o equivalente a até 50% (cinquenta por cento) do valor total que seria pago pela CEAGESP no caso do plano empresarial básico, como forma de reembolso de valores em virtude de pagamento de plano autônomo.

§ 5º - O reembolso somente será efetuado após a comprovação mensal do pagamento do plano de saúde pelo empregado. Caso o valor do pagamento de plano autônomo seja inferior ao limite de reembolso estabelecido na cláusula anterior, o reembolso será devido no valor do pagamento comprovadamente efetuado.

§ 6º - Tal reembolso também é devido na mesma proporção aos dependentes declarados (marido/esposa e filhos/filhas) e desde que comprovado mensalmente o pagamento de plano de saúde aos mesmos.

§ 7º - Fica assegurado ao empregado optar a qualquer momento pelo plano oferecido pela CEAGESP, respeitando-se os prazos de carência e demais condições estabelecidas pela prestadora do serviço, bem como o disposto nos parágrafos anteriores.

§ 8º - Se não contiver no convênio médico firmado pela empresa, o direito a assistência e tratamento psicológico, a empresa o custeará, integralmente, para todos os funcionários e dependentes, desde que comprovadamente necessário. Para os empregados contratados a partir de 01 de janeiro de 2014 e respectivos dependentes, o custeio observará o percentual e limites estabelecidos no § 1º e 2º desta cláusula.

§ 9º - Optando a CEAGESP pelo sistema de seguro-saúde, em regime de pré pagamento, esta deverá observar que a seguradora seja afiliada ao Conselho Nacional de Seguros Públicos - CNSP, sob as normas da SUSEP.

§ 10º - Os benefícios de assistência médica fornecido pela CEAGESP deverão cobrir atendimento de doenças infectocontagiosas, inclusive AIDS, e doenças pré existentes, bem como manter a qualidade de atendimento médico-hospitalar compatíveis aos hospitais considerados de 1ª linha, como: Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital do Coração, Hospital Oswaldo Cruz, Hospital Samaritano, Hospital Sírio Libanês, Hospital Santa Catarina, Hospital e Maternidade São Luiz, Pró Matre Paulista, Hospital Albert Einstein. § 11º - A empresa poderá contribuir no custeio de despesas com medicamentos, comprovadamente necessários para o empregado e seus dependentes, após avaliação do serviço médico, nas seguintes condições:

a) em caso de uso contínuo ou por prazo indeterminado, o reembolso será no valor que exceder a 8% (oito por cento) da remuneração do empregado;

b) Em caso de uso eventual, o reembolso será do valor que exceder a 30% (trinta por cento) da remuneração do empregado.

§ 12º - A possibilidade de reembolso estabelecida na cláusula anterior não é aplicável para tratamentos/medicamentos relacionados à estética, reprodução humana e impotência sexual, já para outros casos que não se enquadram nesta cláusula deverão ser analisados pontualmente pela empresa.

§ 13º - Será mantido o atual convênio odontológico, nos termos das normas internas da Companhia.

§ 14º - Todos os trabalhadores que atuam em área operacional e/ou de comercialização, serão

submetidos a exames periódicos nos termos previstos pela legislação. O empregado será informado do resultado do exame.

§ 15º - O espaço destinado ao ambulatório, na sede da empresa, será cedido, sem ônus, ao SINDBAST, que se encarregará de administrá-lo com a finalidade de assistência médica, devendo haver no local, no mínimo, um clínico geral. Havendo cancelamento da cessão, a CEAGESP assumirá a obrigação.

25ª - ASSISTÊNCIA MÉDICA, HOSPITALAR, ODONTOLÓGICA E PSICOLÓGICA AO EMPREGADO DEMITIDO

No caso de rescisão do contrato de trabalho sem justa causa, ou aposentadoria, é assegurado ao ex-empregado, e seus dependentes, que preencherem os requisitos do artigo 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, o direito ao uso dos serviços médicos conveniados pela empresa, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade patronal, garantindo-se a isenção deste pagamento pelo prazo de 90 (noventa) dias, a contar da rescisão ou aposentadoria, se o empregado ou seus dependentes estiverem em tratamento médico, devidamente comprovado.

PERGUNTA 38: CUMPRE SALIENTAR QUE ESTA SEGURADORA TRABALHA COM DOIS REGIMES DE APURAÇÃO DE SINISTRALIDADE/RESULTADO, SENDO AMBOS DETALHADOS ABAIXO:

REGIME DE CAIXA:

RESPOSTA:

- Na 1ª (primeira) avaliação, o período de apuração compreenderá do 4º (quarto) ao 9º (nono) mês de vigência do Contrato, com a aplicação do resultado no faturamento do 13º (décimo terceiro) mês de vigência do Contrato, ou seja, no mês do seu aniversário.
- As reavaliações subsequentes à do 1º período de apuração, serão realizadas, sucessivamente, considerando-se os 12 (doze) meses seguintes ao do último período avaliado. Onde, na 2ª (segunda) avaliação, compreenderá do 10º (décimo) ao 21º (vigésimo primeiro) mês, com aplicação do resultado no faturamento do 25º (vigésimo quinto) mês e assim sucessivamente.

O reajuste sempre será aplicado no aniversário do Contrato, relativo à sua data-base.

OU

REGIME COMPETÊNCIA:

- Na 1ª (primeira) avaliação, o período de apuração compreenderá do 1º (primeiro) ao 6º (sexto) mês de vigência do Contrato, com a aplicação do resultado no faturamento do 13º (décimo terceiro) mês de vigência do Contrato, ou seja, no mês do seu aniversário;
- As reavaliações subsequentes à do 1º período de apuração, serão realizadas, sucessivamente, considerando-se os 12 (doze) meses seguintes ao do último período avaliado. Onde, na 2ª (segunda) avaliação, compreenderá do 7º (sétimo) ao 18º (décimo oitavo) mês, com aplicação do resultado no faturamento do 25º (vigésimo quinto) mês e assim sucessivamente.

O reajuste sempre será aplicado no aniversário do Contrato, relativo à sua data-base.

E

PERGUNTA 39: Considerando as formas de apuração de resultado/sinistralidade descritas logo acima e disponíveis pelo mercado segurador, por gentileza informar qual destas

modalidades de período de apuração podemos considerar para o órgão, Regime 1) CAIXA ou 2) COMPETÊNCIA?

RESPOSTA:

Favor verificar a Cláusula Terceira – Dos Prazos e do Reajuste do Anexo IX – Minuta de Contrato. Temos que a apuração da sinistralidade se dará da seguinte forma:

*"3.2.4 As apurações serão feitas anualmente, tomando-se por base a somatória de **Sa** e **Pp**, disponível e conhecida, para o mesmo número de meses de **Sa e Pp**, do período compreendido entre o 1º e o 12º mês de vigência da apólice.*

(...)

3.3.2. O marco inicial a partir do qual se computa o período de 12 (doze) meses para a aplicação de índices de reajustamento é a data de Início da ordem de serviço."

ITEM 20, PÁG. 53 – DO ACORDO DE NÍVEIS DE SERVIÇOS

PERGUNTA 40: Haja vista que as Companhias Seguradoras por sua natureza jurídica, onde as mesmas não são configuradas como prestadoras de serviços e por essa razão não emitem notas fiscais, vide esclarecimento de nº 10, sendo substituído o documento de cobrança por Apólice de Seguros, Fatura e Boleto, podemos desconsiderar a exigência do item supra? Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

RESPOSTA: Não. O instrumento de Medição está vinculado a qualidade e cumprimento do Edital e seus anexos.

PERGUNTA 41: Favor ratificar o nosso entendimento de que, as empresas licitantes, a serem designadas como Contratadas, poderão apresentar seus programas de prevenção a saúde direcionado aos perfis de beneficiários da Administração? Caso negativo, favor especificar detalhadamente.

RESPOSTA: Correto. Conforme Anexo I – Termo de Referência (13.1, alíneas "b" e "c").

SP, 12/04/2023.

Gerson Ulisses de Moraes Junior
Pregoeiro