



## PEDIDO DE ESCLARECIMENTO Nº 01 – PREGÃO ELETRÔNICO Nº 07/2023

### ESCLARECIMENTO

1. Quem é a atual empresa prestadora dos serviços, objeto do presente processo? (cobertura médica/odontológica):

#### Resposta

- Unimed Rio Cooperativa de Trabalho Medico do Rio de Janeiro Ltda;
- Avenida Ayrton Senna n 2500 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro RJ

2. Há quanto tempo o contrato está vigente? (cobertura médica/odontológica)

#### Resposta

- O contrato com a Unimed Rio Cooperativa de Trabalho Medico do Rio de Janeiro Ltda é desde o ano de 2001

3. Favor informar a data prevista para início de vigência / implantação. (cobertura médica/odontológica)

#### Resposta

- O início do contrato é previsto para 30 (trinta) dias após a homologação do resultado.

4. Favor informar o número de beneficiários inscritos (contrato vigente), bem como os valores dos planos ofertados pela Operadora atual. (cobertura médica/odontológica)

#### Resposta

- Número de beneficiários inscritos (sem contar com demitidos ou aposentados, que arcam com seus custos): 207 vidas.
- Valores unitários:
  - Valor do Plano “básico”: R\$ 873,88
  - Valor do plano “intermediário”: R\$ 979,54
  - Valor do plano odontológico: R\$ 27,88

5. No objeto afirma que “...que a contratação será na modalidade coletivo por adesão ou empresarial...”. Pergunta-se: a contratação será coletivo empresarial, ou seja, para funcionários ou coletivo por adesão, para os associados do Conselho?

#### Resposta

- Será apenas para funcionários do Conselho Federal de Odontologia.
- 6. Características contratuais vigentes, ou seja, percentual de coparticipação; break-even; reajuste... (cobertura médica/odontológica)**

Resposta

- O plano atual é sem coparticipação, assim como a nova contratação.
- Em relação ao Break-even, não existe previsão na nova contratação.
- A questão do reajuste é mostrada no edital.

- 7. Atualmente existem afastados na massa? Caso positivo qual a(s) Cid(s) – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde?**

Resposta

- Existe 1 (um) afastamento médico.
    - Cid: 10 F 43,21, F 41.1 ou;
    - Cid: 11 6B40
- 8. Atualmente existem beneficiários internados, beneficiários em tratamento continuado ou em home care? Caso positivo qual a(s) Cid(s)? Relacionar – Recursos Hospitalares / Custos.**

Resposta

- Fizemos à solicitação das informações a prestadora do serviço.
- 9. Existem beneficiários com doenças crônicas? Caso positivo, informar a(s) Cid's.**

Resposta

- Fizemos à solicitação das informações a prestadora do serviço.
- 10. Solicitamos melhores informações (Cid's / custos) dos 10 (dez) maiores utilizadores – plano de assistência médica**

Resposta

- Fizemos à solicitação das informações a prestadora do serviço.

- 11. Possui gestantes? Caso afirmativo, qual o quantitativo?**

Resposta

- Fizemos à solicitação das informações a prestadora do serviço.

- 12. Possui aposentados e demitidos? Caso afirmativo, qual o quantitativo?**

Resposta

- Fizemos à solicitação das informações a prestadora do serviço.

**13. Possui Agregados ou remidos? Caso afirmativo, qual o quantitativo?**

Resposta

- Fizemos à solicitação das informações a prestadora do serviço.

**14. Tratamentos de longo prazo já iniciados ou em previsão de término nos próximos 6 meses?**

Resposta

- Fizemos à solicitação das informações a prestadora do serviço.

**14. Para que que possamos ofertar valores justos, pedimos que nos informe a Sinistralidade (Utilização X Valores pagos) dos últimos 12 meses do presente contrato? (apresentar o relatório atualizado de sinistralidade). (cobertura médica/odontológica).**

Resposta

- Fizemos à solicitação das informações a prestadora do serviço.

**15. Favor informar se os beneficiários inscritos na operadora atual contribuem com o plano de assistência à saúde. Caso afirmativo, favor especificar os percentuais. (cobertura médica/odontológica):**

Resposta

Os beneficiários / empregados contribuem para o plano intermediário, com o percentual fixo de 10% sobre o valor da mensalidade. O restante é realizado pelo Conselho Federal de Odontologia. Importante ressaltar que todo o valor do repasse é feito pelo CFO.

**16. Solicitamos a distribuição geográfica completa dos beneficiários por UF/Municípios. (para o adequado estudo/ dimensionamento de rede credenciada). Trata-se de informação imprescindível para composição adequada de rede.**

Resposta

- Fizemos à solicitação das informações a prestadora do serviço.

**17. Está correto o nosso entendimento de que todos os procedimentos previstos / carências / coberturas descritos no Termo de Referência estão vinculados às disposições da Lei 9.656/98 e demais Resoluções Normativas -ANS?**

Resposta

- Sim. Respeitando as normas da ANS e demais dispositivos legais.

**18. Há ocorrência de liminares vigentes (informar a data de início da liminar e se o custo é pago pela operadora ou pelo cliente)?**

Resposta

- Fizemos à solicitação das informações a prestadora do serviço.

**19. Solicitamos a gentileza de informar a distribuição por gênero, de acordo com o que estabelece o artigo 2º da Resolução Normativa n.º 563 de 15/12/2022, expedida pela ANS, a saber: (trata-se de informação imprescindível para a composição dos preços), conforme modelo abaixo:**

Resposta

Faixa	Descrição da Faixa	Titulares (Femininos)	Titulares (Masculino)	Dependentes (Feminino)	Dependentes (Masculino)	Agregados (Feminino)	Agregados (Masculino)
I	0 a 18	0	0	20	21	0	0
II	19 a 23	1	2	7	8	0	0
III	24 a 28	7	5	5	2	2	0
IV	29 a 33	10	15	9	2	0	0
V	34 a 38	6	5	3	4	0	0
VI	39 a 43	1	5	5	2	0	0
VII	44 a 48	1	2	2	1	0	0
VIII	49 a 53	4	7	6	1	0	0
IX	54 a 58	3	7	2	3	0	0
X	59 anos ou mais	3	6	4	7	1	0
	<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>54</b>	<b>63</b>	<b>51</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
		90		114		3	
207							

**20. Sobre o subitem 5.4.13 sobre fornecimento de carteirinha. Pergunta-se: Atendemos a expectativa com carteira virtual via aplicativo?**

Resposta

- Pode ser apenas virtual.

Brasília, 31 de Julho de 2023.

**JOSE ALVES M JUNIOR**  
Pregoeiro