PREGÃO ELETRÔNICO N° 100/2026
SESSÃO PÚBLICA: 17/11/2026 – 08:30

RESPOSTA AO PEDIDO DE ESCLARECIMENTO DA EMPRESA PERSONAL CARE OPERADORA DE SAÚDE S/A (NORDEN)

1. Os dados de sinistralidade e de despesas assistenciais, referente a todos os beneficiários, ativos e inativos, **que temos disponíveis** são:

Mês Referência	Quantidade de Beneficiários	Sinistralidade	Média da Sinistralidade acumulada no período
DEZEMBRO DE 2025	1.852	Infinito	174,29%
JANEIRO DE 2026	1.854	185,52%	
FEVEREIRO DE 2026	1.832	77,22%	
MARÇO DE 2026	1.883	181,43%	
ABRIL DE 2026	1.897	175,70%	
MAIO DE 2026	1.914	190,80%	
JUNHO DE 2026	1.918	178,32%	
JULHO DE 2026	1.915	232,00%	
AGOSTO DE 2026	1.926	233,04%	

Despesa Assistencial por Classificação (dezembro/25 a julho/26)	
Classificação (Contas Médicas)	**Despesa Total no período (R$)**
Internações	2.010.055,00
Exames Ambulatoriais	1.114.052,00
Demais Despesas Ambulatoriais	983.615,00
Consultas Eletivas	730.862,00
Consultas de Pronto Atendimento	724.619,00
Quimioterápicos	349.342,00
Procedimentos Cir. Ambulatoriais	139.236,00
Terapias Especiais	99.035,00
Fisioterapia	42.020,00
Psicologia	29.872,00
Terapia Oncologia	6.332,00
Fonoaudiologia	1.787,00
Taxas Quimioterápicas	1.606,00
Outras Consultas	1.473,00
Terapia Ocupacional	1.421,00
Acupunturas	989,00
Nutricionista	766,00
TOTAL: R$ 6.237.082,00	

Como complemento sobre o questionamento, além dos dados acima, conforme ofício CE-DEAJUR 176/2026, enviado pela atual Contratada, foi indicado que após a avaliação das despesas assistenciais em detrimento das receitas havidas no período entre **dezembro/2025 a julho/2026** fica demonstrado que o contrato apresentou **sinistralidade média** de *159,87% em relação a massa de beneficiários ativos* e *245,16% em relação a massa de beneficiários inativos*.
Informo ainda, que no atual contrato vigente só há a modalidade sem coparticipação.

2. Sobre o questionamento, **a informação disponível que temos**, considerando as vidas que aderiram ao atual contrato vigente (1.915 no mês referência 07/2026) e o período de **dezembro/2025 a julho/2026**:

- 17 beneficiários, na faixa etária acima de 39 anos, realizaram uso de medicamentos de alto custo (sendo 10 beneficiários titulares e 7 beneficiários dependentes), com uma despesa total de R$ 436.898,11 (quatrocentos e trinta e seis mil, oitocentos e noventa e oito reais e onze centavos);
- 12 beneficiários em tratamento oncológico (sendo 6 beneficiários titulares e 6 beneficiários dependentes), com realização de 45 terapias oncológicas no período;
- 153 internações no período (102 cirúrgicas, 43 clínicas, 1 pediátrica e 7 obstétricas – cesarianas);
- 20 beneficiários, na faixa etária de 0 a 18 anos, fazem uso de terapias especiais, totalizando 1.381 (um mil trezentos e oitenta e um) atendimentos realizados no período, no valor total de R$ 102.433,04 (cento e dois mil, quatrocentos e trinta e três reais e quatro centavos).

3. Segundo a última apuração, em **outubro de 2026**, a quantidade efetiva de vidas vinculadas ao atual contrato é de **1.932** (uma mil e novecentas e trinta e duas) vidas, sendo 1.715 (uma mil e setecentas e quinze) vidas de titulares + dependentes ativos e 217 (duzentas e dezessete) vidas de titulares + dependentes inativos, segregadas da seguinte forma:

Pleno PJ Enfermaria I (SEM COPARTICIPAÇÃO)			***Pleno PJ Apartamento I (SEM COPARTICIPAÇÃO)***		
Faixa Etária	**Vidas Ativas**	**Mensalidade**	**Faixa Etária**	**Vidas Ativas**	**Mensalidade**
0 - 18	269	R$ 235,80	0 - 18	32	R$ 353,70
19 – 23	72	R$ 235,80	19 – 23	5	R$ 353,70
24 – 28	45	R$ 235,80	24 – 28	2	R$ 353,70
29 – 33	54	R$ 235,80	29 – 33	6	R$ 353,70
34 – 38	100	R$ 235,80	34 – 38	5	R$ 353,70
39 – 43	132	R$ 235,80	39 – 43	20	R$ 353,70
44 - 48	171	R$ 235,80	44 - 48	34	R$ 353,70
49 – 53	166	R$ 235,80	49 – 53	27	R$ 353,70
54 – 58	166	R$ 235,80	54 – 58	30	R$ 353,70
59 ou mais	427	R$ 235,80	59 ou mais	169	R$ 353,70
Total de Vidas:	**1.602**	**R$ 628.171,20**	**Total de Vidas:**	**330**	**R$ 215.757,00**

4. Independentemente da modalidade escolhida pelos servidores **ativos**, com ou sem coparticipação, conforme previsto no item 8.4. do Termo de Referência, o pagamento das mensalidades, e eventuais coparticipações, dos servidores **ativos** serão de responsabilidade da Prefeitura Municipal.

5. Conforme o item 4.3. da Minuta de Contrato "*O valor contratual poderá ser reajustado após o transcurso de 12 (doze) meses da data de assinatura deste instrumento, nos termos da legislação vigente, com base na variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE, apurado nos últimos 12 (doze) meses ou outro que vier a substituí-lo*". Complemento que o restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro está previsto na Cláusula Oitava da Minuta de Contrato, e por ser o questionamento uma questão posterior a contratação, a formatação, incluindo critérios e procedimentos, deverá ser aquela que melhor efetive os direitos e obrigações contratuais.

6. Os lances inseridos na plataforma deverão estar em percentual de desconto sobre o valor global (percentual este que será aplicado de forma linear em todos os 20 itens). O intervalo mínimo entre os lances é de 0,01 (%). Após finalizada a fase de disputa de lances, o licitante com melhor oferta será convocado para verificar e readequar seus valores unitários, portanto não será feito arredondamento automático pelo sistema. Ao readequar os valores unitários o licitante deverá respeitar que seja aplicado "no mínimo" o desconto ofertado e manter 2 casas decimais, valores estes que serão conferidos pelo Pregoeiro e pela equipe de apoio na análise de conformidade de proposta que deverá ser realizada seguindo as regras editalícias (modelo no Anexo I do Edital), principalmente no tocante ao desconto de forma linear para todos os itens.

7. Conforme previsto no item 8.5.2. do Termo de Referência, caberá a Contratada disponibilizar os meios diretos para a cobrança individual dos beneficiários inativos (aposentados, pensionistas e respectivos dependentes), bem como **realizar a gestão de adimplência e cobrança**.

8. Os números que detemos são aqueles informados na resolução do item 2, o que não permite concluir que tais números são absolutos. Com relação a continuidade de tratamento e aqueles já autorizados, a operadora deverá responsabilizar-se pela sua realização, sendo que para tanto deverão ser respeitadas as regras constantes no item 3.5 do Termo de Referência, bem como da ANS (naquilo que não conflitar com as regras editalícias) e, principalmente, a orientação do médico assistente visando sempre a preservação da qualidade e manutenção do tratamento do paciente.

9. Referente ao plano superior (internação em quarto individual com banheiro privativo), o percentual de acréscimo, em relação ao plano básico (internação em quarto coletivo), será definido pela própria licitante dentro do limite previsto (até 50%, conforme item 1.3.1. do Termo de Referência), devendo este percentual ser indicado na Proposta Comercial da mesma conforme Modelo de Proposta Comercial, Anexo I. Este percentual de acréscimo, por opção pelo plano superior, é parte integrante da mensalidade, portanto o pagamento referente aos servidores **ativos** será de responsabilidade da Prefeitura Municipal, conforme item 8.4. do Termo de Referência, e o pagamento referente aos servidores **inativos** será de responsabilidade exclusiva e direta do próprio beneficiário, conforme item 8.5. do Termo de Referência.

10. Após a assinatura do contrato, os servidores terão o prazo de 30 (trinta) dias para aderir ao plano com isenção de carência, momento este na adesão que deverão escolher a respectiva modalidade (com ou sem coparticipação) e se desejam a opção do plano superior (com internação em quarto individual com banheiro privativo), formando assim o valor da mensalidade de cada beneficiário (com

alteração somente no caso de mudança de faixa etária). Após a escolha não poderão "migrar" de uma modalidade para outra. Caso queiram alterar a modalidade, estes devem deixar o plano de saúde e em momento posterior fazer a nova adesão (permitida durante toda a vigência contratual). Ressalto que conforme o item 3.4.3. do Termo de Referência: "*(...) aqueles que, por seu interesse e conveniência, deixarem o plano de saúde, para nova adesão posterior, deverão se submeter às carências contratuais previstas pela ANS*".

11. Com relação aos servidores **ativos**, o faturamento dos respectivos planos de saúde será realizado de forma única, no mês posterior ao da prestação dos serviços, com pagamento até o 20° (vigésimo) dia. Portanto, os serviços prestados em dezembro/2026 (competência dezembro/2026) deverão ser faturados no mês subsequente, ou seja, janeiro/2027, com pagamento até 20/01/2027. No caso de inclusões e exclusões de beneficiários ocorridas no decorrer do mês, estes serão faturados e pagos seguindo a mesma sistemática, mas com valores proporcionais aos dias efetivamente inscritos no plano de saúde (considerando cada faturamento com 30 dias). Exemplos:

- Se o servidor aderir ao plano (inclusão) no dia 21/12/2026 no valor de R$ 300,00, será faturado no mês subsequente o proporcional a 10 (dez) dias inscritos no plano de saúde, ou seja, uma cobrança de R$ 100,00.
- Se o servidor já possuir o plano no valor de R$ 300,00 e sair do plano (exclusão) no dia 21/12/2026, será faturado no mês subsequente o proporcional a 20 (vinte) dias inscritos no plano de saúde, ou seja, uma cobrança de R$ 200,00.

12. Os questionamentos apresentados neste item se referem a cobertura assistencial mínima do plano de saúde, sendo estas obrigações da Contratada conforme Cláusula Décima da Minuta de Contrato, ou seja, que a licitante vencedora deverá cumprir durante a execução contratual. As obrigações, referente ao tema deste questionamento, estão previstas nos itens 3.3.3. do Termo de Referência:

Letra "d": "*Disponibilidade de atendimento em **Descalvado** das seguintes áreas: cardiologia, clínica médica, oftalmologia, ortopedia, urologia, ginecologia e obstetrícia, pediatria, otorrinolaringologia e radiologia*";

Letra "f": "*Disponibilizar clínica e ou unidade hospitalar própria no município de **Descalvado**, para atendimento das 7 às 22h, em dias úteis, ressaltando ser em unidade própria e ou unidade credenciada, desde que neste caso não haja identidade de atendimento prestado ao Sistema Único de Saúde – SUS no mesmo local. Com o intuito de viabilizar a participação ampla de todos os interessados, em cumprimento, inclusive, do princípio da competitividade, sem qualquer privilégio, concede-se o prazo de até 90 (noventa) dias contados da assinatura do contrato para a implementação efetiva deste requisito*";

Letra "w" "*Indicação de entidade hospitalar geral de alta complexidade, em cidades **limítrofes** ao Município de Descalvado - SP, para encaminhamento dos serviços não disponíveis no Município, assim como, a indicação de maternidade, também, de alta complexidade, para encaminhamento, quando necessário*";

Letra "y": "*Garantir o transporte dos Beneficiários e ou dependentes, para outros centros, sem custos adicionais ao plano, caso não seja disponibilizada a especialidade necessária no **Município de Descalvado e nas cidades que fazem divisa com Descalvado - SP**, em conformidade com as Resoluções da ANS*".

13. A metodologia adotada para a estimativa da contratação em voga, para definir os valores unitários de referência, de cada um dos itens, foi realizada em conformidade com a Lei Federal n° 14133/2021 e o Decreto Municipal n° 6550/2025. Foi calculada a média dos valores obtidos a partir de 07 (sete) contratações públicas, semelhantes e recentes, constantes no Portal Nacional de Compras Públicas (a saber: *Edital n° 90012/26 do TRF da 3° Região, Edital n° 01/2026 da Câmara Municipal de Penápolis, Edital n° 01/2026 da Câmara Municipal de Iacanga, Edital n° 32/2026 do Município de Guapiaçu, Aditivo Contratual de abril/2026 do Edital n° 02/2025 da Fundação Educacional de Votuporanga, Contrato n° 10/2026 da Câmara Municipal de Varginha e Contrato n° 04/2026 da Câmara Municipal de Descalvado*), bem como de 03 orçamentos oriundos de uma pesquisa direta com várias operadoras de planos de saúde (que para orçar obtiveram o histórico de sinistralidade, a composição etária da carteira e a segregação entre beneficiários ativos e inativos, a saber: *Norden, Unimed e Hospital Dona Balbina*).
Ao final, fazendo-se os cálculos pelo número possível de contratações (ou seja, número total de vidas - 3.958), em suas respectivas faixas etárias na atual data, e considerando a escolha pela modalidade sem coparticipação (de maior valor), tem-se o valor global anual (para 12 meses) de R$ 26.153.747,40 (vinte e seis milhões, cento e cinquenta e três mil, setecentos e quarenta e sete reais e quarenta centavos).

14. Sim, confirmamos. Os preços serão aplicados sem distinção entre os beneficiários ativos e inativos, observando apenas a modalidade escolhida, com ou sem coparticipação, e sua respectiva faixa etária.

15. Não será admitido a segregação das massas.

Acreditamos serem esses os esclarecimentos pertinentes às indagações realizadas pela operadora interessada no certame licitatório em voga.

Descalvado, 10 de novembro de 2.026.

gov.br
Documento assinado digitalmente
MAYSA ROMANELLO
Data: 10/11/2026 11:42:58-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

MAYSA ROMANELLO
Diretora da Divisão de Administração