

RE: PEDIDO DE ESCLARECIMENTOS - PE 03/2024 SEMAE

William Bernardo Tarelho <wtarelho@semaepiracicaba.sp.gov.br>

Qui, 18/01/2024 17:05

Para: Arlete Lopes De Lima De Souza <arlobes@amil.com.br>

📎 1 anexos (688 KB)
esclarecimento_01.pdf;

Prezada Sra. Arlete, boa tarde!

Seguem respostas dos questionamentos. Serão divulgadas para que demais interessados tenham acesso.

Atenciosamente,



De: Arlete Lopes De Lima De Souza <arlobes@amil.com.br>

Enviado: quarta-feira, 17 de janeiro de 2024 11:01

Para: SEMAE - licitacao <licitacao@semaepiracicaba.sp.gov.br>

Assunto: PEDIDO DE ESCLARECIMENTOS - PE 03/2024 SEMAE

Ao Serviço Municipal de Água e Esgoto - SEMAE

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 003/2024

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 2023/526462

Prezados senhores, bom dia!

A AMIL ASSISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL SA, inscrita no CNPJ sob nº 29.309.127/0001-79, vem respeitosamente à vossa presença, com fundamento na lei nº 8.666/93, com base no Termo de referência, solicitamos esclarecimentos a respeito dos seguintes pontos:

1. Quem é a atual empresa prestadora dos serviços, objeto do presente processo?
2. Há quanto tempo o contrato está vigente?
3. Favor informar a data prevista para início de vigência / implantação.
4. Favor informar o número de beneficiários inscritos (contrato vigente), bem como os valores dos planos ofertados pela Operadora atual.
5. Está correto o nosso entendimento de que os 498 beneficiários migrarão para o novo contrato? Se negativo, favor especificar detalhadamente.
6. Características contratuais vigentes, ou seja, percentual de coparticipação; break-even; reajuste...
7. Atualmente existem afastados na massa? Caso positivo qual a(s) Cid(s) – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde?
8. Atualmente existem beneficiários internados, beneficiários em tratamento continuado ou em home care? Caso positivo qual a(s) Cid(s)? Relacionar – Recursos Hospitalares / Custos.
9. Existem beneficiários com doenças crônicas? Caso positivo, informar a(s) Cid's.
10. Solicitamos melhores informações (Cid's / custos) dos 10 (dez) maiores utilizadores – plano de assistência médica
11. Possui gestantes? Caso afirmativo, qual o quantitativo?
12. Possui aposentados e demitidos? Caso afirmativo, qual o quantitativo?
13. Possui Agregados ou remidos? Caso afirmativo, qual o quantitativo?

14. Tratamentos de longo prazo já iniciados ou em previsão de término nos próximos 6 meses?
15. 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).
16. Favor informar se os beneficiários inscritos na operadora atual contribuem com o plano de assistência à saúde. Caso afirmativo, favor especificar os percentuais.
17. Favor informar a distribuição de vidas por município. Considerando endereço residencial do beneficiário? (Essa informação é essencial para análise de suficiência de rede).
18. 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?
19. Há ocorrência de liminares vigentes (informar a data de início da liminar e se o custo é pago pela operadora ou pelo cliente)?
20. 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:

Faixa	Descrição da Faixa	Titulares (Feminino)	Titulares (Masculino)	Dependentes (Feminino)	Dependentes (Masculino)
I	0 a 18				
II	19 a 23				
III	24 a 28				
IV	29 a 33				
V	34 a 38				
VI	39 a 43				
VII	44 a 48				
VIII	49 a 53				
IX	54 a 58				
X	59 anos ou mais				

Favor confirmar o recebimento.

Agradeço antecipadamente,

Atenciosamente,

Informações Internas



Arlete Lopes De Lima De Souza

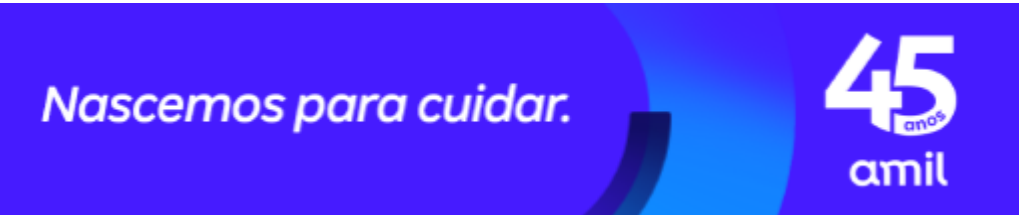
arlobes@amil.com.br

(21) 97169-2833

www.amil.com.br

Nossos Valores

Integridade | Compaixão | Inclusão | Relacionamentos | Inovação | Performance



Aviso legal

Esta mensagem, incluindo seus anexos, tem caráter confidencial e seu conteúdo é restrito ao destinatário. Caso você a tenha recebido por engano, por favor, retorne-a ao destinatário e apague-a de seus arquivos. É expressamente proibido qualquer uso não autorizado, replicação ou disseminação desta mensagem ou de parte dela, sob qualquer meio. A Amil Clinical Research não se responsabiliza pelo conteúdo ou pela veracidade das informações nela contidas.

Disclaimer

This message contains confidential information and is free of virus. The information is intended for the addressee only. If you have received this e-mail in error, please notify us immediately by replying to the sender and delete it from your files. You are hereby notified that any disclosure, copying, distribution, or the taking of any action in reliance on the contents of this information is strictly prohibited

RE: PEDIDO DE ESCLARECIMENTOS - PE 03/2024 SEMAE

Tais Helena Bueno de Oliveira <toliveira@semaepiracicaba.sp.gov.br>

Qui, 18/01/2024 08:30

Para:William Bernardo Tarelho <wtarelho@semaepiracicaba.sp.gov.br>;Liliane Almeida Silva <lalmeida@semaepiracicaba.sp.gov.br>

Bom dia!

Segue:

1. Quem é a atual empresa prestadora dos serviços, objeto do presente processo? **Não há empresa prestadora de serviços.**
2. Há quanto tempo o contrato está vigente? **Não se aplica, pois atualmente não há empresa prestadora de serviços.**
3. Favor informar a data prevista para início de vigência / implantação. **Será estabelecido no ato de assinatura do contrato.**
4. Favor informar o número de beneficiários inscritos (contrato vigente), bem como os valores dos planos ofertados pela Operadora atual. **Não se aplica, pois atualmente não há empresa prestadora de serviços.**
5. Está correto o nosso entendimento de que os 498 beneficiários migrarão para o novo contrato? Se negativo, favor especificar detalhadamente. **Não se aplica, pois atualmente não há empresa prestadora de serviços.**
6. Características contratuais vigentes, ou seja, percentual de coparticipação; break-even; reajuste... **Não se aplica, pois atualmente não há empresa prestadora de serviços.**
7. Atualmente existem afastados na massa? Caso positivo qual a(s) Cid(s) – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde? **Não.**
8. Atualmente existem beneficiários internados, beneficiários em tratamento continuado ou em home care? Caso positivo qual a(s) Cid(s)? Relacionar – Recursos Hospitalares / Custos. **Não se aplica, pois atualmente não há empresa prestadora de serviços.**
9. Existem beneficiários com doenças crônicas? Caso positivo, informar a(s) Cid's. **Não se aplica, pois atualmente não há empresa prestadora de serviços.**
10. Solicitamos melhores informações (Cid's / custos) dos 10 (dez) maiores utilizadores – plano de assistência médica. **Não se aplica, pois atualmente não há empresa prestadora de serviços.**
11. Possui gestantes? Caso afirmativo, qual o quantitativo? **Não se aplica.**
12. Possui aposentados e demitidos? Caso afirmativo, qual o quantitativo? **Não se aplica.**
13. Possui Agregados ou remidos? Caso afirmativo, qual o quantitativo? **Não se aplica.**
14. Tratamentos de longo prazo já iniciados ou em previsão de término nos próximos 6 meses? **Não se aplica.**
15. Para 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). **Não se aplica, pois atualmente não há empresa prestadora de serviços.**
16. Favor informar se os beneficiários inscritos na operadora atual contribuem com o plano de assistência à saúde. Caso afirmativo, favor especificar os percentuais. **Não se aplica, pois atualmente não há empresa prestadora de serviços.**
17. Favor informar a distribuição de vidas por município. Considerando endereço residencial do beneficiário? (Essa informação é essencial para análise de suficiência de rede). **Todas compreendem o município de Piracicaba.**
18. 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? **Sim.**
19. Há ocorrência de liminares vigentes (informar a data de início da liminar e se o custo é pago pela operadora ou pelo cliente)? **Não se aplica, pois atualmente não há empresa prestadora de serviços.**
20. 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:
Não há dados de dependentes.
Segue tabela por distribuição de gênero (dados constantes no Estudo Técnico Preliminar):

FAIXAS ETÁRIAS	NUMERO DE VIDAS	GÊNERO FEMININO	GÊNERO MASCULINO
00-18	0	0	0
19-23	9	5	4
24-28	26	8	18

29-33	48	15	33
34-38	58	17	41
39-43	77	10	67
44-48	72	15	57
49-53	70	13	57
54-58	76	8	68
Acima 59	62	5	57
TOTAL	498	96	402

At.te,



Tais Helena Bueno de Oliveira
Chefe de Setor de Manutenção de Pessoal
Divisão de Recursos Humanos

goo.gl/maps/1Vgb59zaaFgJV3en8



facebook.com/semaepiracaba



semaepiracaba.sp.gov.br



019 – 3403-9611



De: William Bernardo Tarelho <wtarelho@semaepiracaba.sp.gov.br>

Enviado: quarta-feira, 17 de janeiro de 2024 15:15

Para: Liliane Almeida Silva <lalmeida@semaepiracaba.sp.gov.br>

Cc: Debora Leticia Estevam <destevam@semaepiracaba.sp.gov.br>; Tais Helena Bueno de Oliveira <toliveira@semaepiracaba.sp.gov.br>

Assunto: ENC: PEDIDO DE ESCLARECIMENTOS - PE 03/2024 SEMAE

Liliane, boa tarde!

Favor verificar questionamentos abaixo.

Obrigado.

Atenciosamente,



William Bernardo Tarelho
Escriturário
Setor de Suprimentos

goo.gl/maps/1Vgb59zaaFgJV3en8



facebook.com/semaepiracaba



semaepiracaba.sp.gov.br



019 – 3403-9611



De: Arlete Lopes De Lima De Souza <arlobes@amil.com.br>

Enviado: quarta-feira, 17 de janeiro de 2024 11:01

Para: SEMAE - licitacao <licitacao@semaepiracaba.sp.gov.br>

Assunto: PEDIDO DE ESCLARECIMENTOS - PE 03/2024 SEMAE

Ao Serviço Municipal de Água e Esgoto - SEMAE

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 003/2024

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 2023/526462

Prezados senhores, bom dia!

A AMIL ASSISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL SA, inscrita no CNPJ sob nº 29.309.127/0001-79, vem respeitosamente à vossa presença, com fundamento na lei nº 8.666/93, com base no Termo de referência, solicitamos esclarecimentos a respeito dos seguintes pontos:

1. Quem é a atual empresa prestadora dos serviços, objeto do presente processo?
2. Há quanto tempo o contrato está vigente?
3. Favor informar a data prevista para início de vigência / implantação.
4. Favor informar o número de beneficiários inscritos (contrato vigente), bem como os valores dos planos ofertados pela Operadora atual.
5. Está correto o nosso entendimento de que os 498 beneficiários migrarão para o novo contrato? Se negativo, favor especificar detalhadamente.
6. Características contratuais vigentes, ou seja, percentual de coparticipação; break-even; reajuste...
7. Atualmente existem afastados na massa? Caso positivo qual a(s) Cid(s) – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde?
8. Atualmente existem beneficiários internados, beneficiários em tratamento continuado ou em home care? Caso positivo qual a(s) Cid(s)? Relacionar – Recursos Hospitalares / Custos.
9. Existem beneficiários com doenças crônicas? Caso positivo, informar a(s) Cid's.
10. Solicitamos melhores informações (Cid's / custos) dos 10 (dez) maiores utilizadores – plano de assistência médica
11. Possui gestantes? Caso afirmativo, qual o quantitativo?
12. Possui aposentados e demitidos? Caso afirmativo, qual o quantitativo?
13. Possui Agregados ou remidos? Caso afirmativo, qual o quantitativo?
14. Tratamentos de longo prazo já iniciados ou em previsão de término nos próximos 6 meses?
15. 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).
16. Favor informar se os beneficiários inscritos na operadora atual contribuem com o plano de assistência à saúde. Caso afirmativo, favor especificar os percentuais.
17. Favor informar a distribuição de vidas por município. Considerando endereço residencial do beneficiário? (Essa informação é essencial para análise de suficiência de rede).
18. 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?
19. Há ocorrência de liminares vigentes (informar a data de início da liminar e se o custo é pago pela operadora ou pelo cliente)?
20. 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:

Faixa	Descrição da Faixa	Titulares (Feminino)	Titulares (Masculino)	Dependentes (Feminino)	Dependentes (Masculino)
I	0 a 18				
II	19 a 23				
III	24 a 28				
IV	29 a 33				
V	34 a 38				
VI	39 a 43				
VII	44 a 48				
VIII	49 a 53				
IX	54 a 58				
X	59 anos ou mais				

Favor confirmar o recebimento.

Agradeço antecipadamente,

Atenciosamente,



Arlete Lopes De Lima De Souza

arlopes@amil.com.br

(21) 97169-2833

www.amil.com.br

Nossos Valores

Integridade | Compaixão | Inclusão | Relacionamentos | Inovação | Performance

Nascemos para cuidar.

45
anos
amil

Aviso legal

Esta mensagem, incluindo seus anexos, tem caráter confidencial e seu conteúdo é restrito ao destinatário. Caso você a tenha recebido por engano, por favor, retorne-a ao destinatário e apague-a de seus arquivos. É expressamente proibido qualquer uso não autorizado, replicação ou disseminação desta mensagem ou de parte dela, sob qualquer meio. A Amil Clinical Research não se responsabiliza pelo conteúdo ou pela veracidade das informações nela contidas.

Disclaimer

This message contains confidential information and is free of virus. The information is intended for the addressee only. If you have received this e-mail in error, please notify us immediately by replying to the sender and delete it from your files. You are hereby notified that any disclosure, copying, distribution, or the taking of any action in reliance on the contents of this information is strictly prohibited



SERVIÇO MUNICIPAL DE ÁGUA E ESGOTO
AUTARQUIA MUNICIPAL – PIRACICABA - SP

ESCLARECIMENTO Nº 01

PREGÃO Nº 003/2024

PROCESSO N.º 2023/526462

OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA, OPERADORA OU COOPERATIVA COM REGISTRO NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS REGULARES E CONTINUADOS NA ÁREA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA.

Piracicaba, 18 de janeiro de 2024

Informamos que recebemos o pedido de esclarecimentos, e disponibilizamos a quem possa interessar:

Perguntas:

1. Quem é a atual empresa prestadora dos serviços, objeto do presente processo?
2. Há quanto tempo o contrato está vigente?
3. Favor informar a data prevista para início de vigência / implantação.
4. Favor informar o número de beneficiários inscritos (contrato vigente), bem como os valores dos planos ofertados pela Operadora atual.
5. Está correto o nosso entendimento de que os 498 beneficiários migrarão para o novo contrato? Se negativo, favor especificar detalhadamente.
6. Características contratuais vigentes, ou seja, percentual de coparticipação; break-even; reajuste...
7. Atualmente existem afastados na massa? Caso positivo qual a(s) Cid(s) – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde?
8. Atualmente existem beneficiários internados, beneficiários em tratamento continuado ou em home care? Caso positivo qual a(s) Cid(s)? Relacionar – Recursos Hospitalares / Custos.
9. Existem beneficiários com doenças crônicas? Caso positivo, informar a(s) Cid's.
10. Solicitamos melhores informações (Cid's / custos) dos 10 (dez) maiores utilizadores – plano de assistência médica
11. Possui gestantes? Caso afirmativo, qual o quantitativo?
12. Possui aposentados e demitidos? Caso afirmativo, qual o quantitativo?
13. Possui Agregados ou remidos? Caso afirmativo, qual o quantitativo?
14. Tratamentos de longo prazo já iniciados ou em previsão de término nos próximos 6 meses?

goo.gl/maps/1Vgb59zaaFgJV3en8

semaepiracicaba.sp.gov.br

019 – 3403-9611



SERVIÇO MUNICIPAL DE ÁGUA E ESGOTO
AUTARQUIA MUNICIPAL – PIRACICABA - SP

ESCLARECIMENTO Nº 01

PREGÃO Nº 003/2024

PROCESSO N.º 2023/526462

OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA, OPERADORA OU COOPERATIVA COM REGISTRO NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS REGULARES E CONTINUADOS NA ÁREA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA.

15. Para 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).

16. Favor informar se os beneficiários inscritos na operadora atual contribuem com o plano de assistência à saúde. Caso afirmativo, favor especificar os percentuais.

17. Favor informar a distribuição de vidas por município. Considerando endereço residencial do beneficiário? (Essa informação é essencial para análise de suficiência de rede).

18. 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?

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

20. 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.

Respostas do Setor Requisitante:

1. Não há empresa prestadora de serviços.
2. Não se aplica, pois atualmente não há empresa prestadora de serviços.
3. Será estabelecido no ato de assinatura do contrato.
4. Não se aplica, pois atualmente não há empresa prestadora de serviços.
5. Não se aplica, pois atualmente não há empresa prestadora de serviços.
6. Não se aplica, pois atualmente não há empresa prestadora de serviços.
7. Não.
8. Não se aplica, pois atualmente não há empresa prestadora de serviços.
9. Não se aplica, pois atualmente não há empresa prestadora de serviços.
10. Não se aplica, pois atualmente não há empresa prestadora de serviços.
11. Não se aplica.
12. Não se aplica.

goo.gl/maps/1Vgb59zaaFgJV3en8

semaepiracicaba.sp.gov.br

019 – 3403-9611



SERVIÇO MUNICIPAL DE ÁGUA E ESGOTO
AUTARQUIA MUNICIPAL – PIRACICABA - SP

ESCLARECIMENTO Nº 01

PREGÃO Nº 003/2024

PROCESSO N.º 2023/526462

OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA, OPERADORA OU COOPERATIVA COM REGISTRO NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS REGULARES E CONTINUADOS NA ÁREA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA.

- 13. Não se aplica.
- 14. Não se aplica.
- 15. Não se aplica, pois atualmente não há empresa prestadora de serviços.
- 16. Não se aplica, pois atualmente não há empresa prestadora de serviços.
- 17. Todas compreendem o município de Piracicaba.
- 18. Sim.
- 19. Não se aplica, pois atualmente não há empresa prestadora de serviços.
- 20. Não há dados de dependentes. Segue tabela por distribuição de gênero (dados constantes no Estudo Técnico Preliminar):

FAIXAS ETÁRIAS	NÚMERO DE VIDAS	GÊNERO FEMININO	GÊNERO MASCULINO
00-18	0	0	0
19-23	9	5	4
24-28	26	8	18
29-33	48	15	33
34-38	58	17	41
39-43	77	10	67
44-48	72	15	57
49-53	70	13	57
54-58	76	8	68
Acima 59	62	5	57
TOTAL	498	96	402

Saudações Atenciosas.


Alana Fernandes
Chefe de Setor de Suprimentos

 goo.gl/maps/1Vgb59zaaFgJV3en8

semaepiracicaba.sp.gov.br

019 – 3403-9611