

Documento: Formulário de Qualidade		
Título: RESPOSTA DE ESCLARECIMENTOS CP 2026/02		
Sigla e Núm Versão: 1		
CONSULTA PUBLICA Nº 2026/02		Fase: Vigente
		Vigência: 30/04/2026
	Perguntas	Respostas
1	Tendo em vista que o presente procedimento possui caráter consultivo e de cotação de mercado, podemos entender que a operadora poderá apresentar proposta considerando a sua rede e capacidade de atendimento atualmente disponível, com o objetivo de contribuir para o aprimoramento dos estudos e da futura licitação?	As empresas poderão enviar suas propostas independentemente da realidade de sua rede atual. Solicitamos observar os itens 2.2.2.2 e 2.2.2.7 do Projeto Básico, abaixo transcritos: 2.2.2.2 A CONTRATADA terá o prazo de até 60 dias (corridos) após a assinatura contratual para a comprovação da rede de atendimento mínima especificada neste Projeto Básico. A não apresentação da rede implicará em descumprimento contratual, assim como na aplicação das penalidades previstas no contrato.
2	O TR é para contratação imediata? Ou apenas um estudo de mercado para posterior processo licitatório?	Conforme publicado na introdução da Chamada Pública, esta tem por intuito realizar um procedimento preliminar, cujo objetivo é o refinamento e ajustes na especificação da solução desejada, objetivando afastar eventuais inconsistências, bem como exigências incompatíveis com o objeto em questão, e a prospecção de soluções que atendam às necessidades da BBTS. A BB TECNOLOGIA E SERVIÇOS S.A. se reserva o direito de, por ocasião da instauração do respectivo certame licitatório, independente das respostas e/ou argumentos porventura apresentados e motivada por razões de natureza técnica ou estratégica, alterar as especificações técnicas e demais condições objeto desta Consulta.
3	O objeto do presente Edital de Chamamento Público é de prestação continuada de serviços de assistência à saúde, na modalidade pré-pagamento. No regime de contratação por pré-pagamento, a precificação da contraprestação pecuniária absorve, por imperativo legal (Art. 1º da Lei nº 9.656/1998), a integralidade do risco financeiro e assistencial. Por consequência, o direito-dever de administrar a utilização e auditar a pertinência técnico-assistencial incumbe exclusivamente à Operadora contratada, utilizando-se dos mecanismos regulatórios autorizados pela Resolução CONSU nº 08/1998 e observando o rito da RN nº 424/2017. Página 09 – Cláusulas: 2.16.1 a 2.16.3 A previsão de "corregulação" por parte da empresa pública contratante (apresentada nas cláusulas de 2.16.1 a 2.16.3) extrapola as hipóteses normativas vigentes, onerando indevidamente a operação, fragilizando o cumprimento dos prazos regulatórios assistenciais (RN 566) e violando a autonomia e a responsabilidade exclusiva da Operadora CONTRATADA perante o órgão regulador (ANS). Diante do exposto, questiona-se: Qual o entendimento técnico-jurídico desse Órgão Público que embase a exigência de "corregulação"?	A regulação compartilhada não se confunde com a regulação assistencial obrigatória realizada pelas operadoras de planos de saúde em observância à legislação e à regulamentação da ANS. A análise de cobertura, elegibilidade, autorização de procedimentos, cumprimento do Rol da ANS e demais atos regulatórios permanecem como atribuição exclusiva da operadora. O modelo proposto tem por fundamento a liberdade contratual e a possibilidade de adoção de mecanismos de gestão em saúde, coordenação do cuidado, acompanhamento assistencial e apoio à tomada de decisão, sem transferência de competências regulatórias da operadora. Seu objetivo é gerar maior integração entre beneficiário, contratante e operadora, promovendo utilização adequada da rede, direcionamento assistencial, monitoramento de casos complexos e melhoria da experiência do usuário. Dessa forma, não há sobreposição de competências, mas sim complementaridade. A operadora permanece integralmente responsável pelas decisões regulatórias previstas na Lei nº 9.656/1998 e na regulamentação da ANS, enquanto a regulação compartilhada atua como ferramenta de gestão da saúde populacional e coordenação assistencial.
	Itens: 2.4, 2.8 e subitens; 2.4. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação de nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência. 2.5. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da CONTRATADA. SUGESTÃO: Não podemos garantir o acesso uma vez que, a disponibilidade e premissa dessa solicitação, cabem aos critérios do estabelecimento. Cada caso será analisado com base nas devidas particularidades.	A redação será mantida, uma vez que a rede é da própria Contratada.
	2.8. A CONTRATADA deverá avaliar a indicação para credenciamento ou Cooperação de Serviços Médicos e Hospitalares de interesse da CONTRATANTE, desde que os indicados aceitem e satisfaçam os critérios abaixo relacionados: 2.8.1. Aceitação de tabela praticada pela CONTRATADA; 2.8.2. Atendimento aos pré-requisitos técnicos para credenciamento ou Cooperação; 2.8.3. Quando da assinatura do contrato, a CONTRATADA deverá disponibilizar, por escrito à CONTRATANTE, os pré-requisitos técnicos para credenciamento, para conhecimento por parte da área gestora da CONTRATANTE. SUGESTÃO: É importante esclarecer que o processo de credenciamento não se restringe à indicação da CONTRATANTE ou critérios estabelecidos por ela, visto as diversas negociações entre os recursos credenciados e as operadoras/seguradoras.	O item especifica que se trata de AVALIAÇÃO.
	– Itens: 2.37 e 2.41; 2.37. Sempre que ocorrer descredenciamento, negativa de atendimento de credenciados ou extinção de convênios com consultórios e clínicas especializadas, hospitais, casas de saúde, laboratórios, profissionais etc., será obrigatório informar à área gestora da CONTRATANTE tal descredenciamento, bem como a reposição desse tipo de atendimento dentro daquela região, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante novo credenciamento, preservando o elevado nível de atendimento, comunicando, em seguida, à CONTRATANTE as providências adotadas, conforme regulamentação da ANS. 2.37.1. Caso o descredenciamento, negativa de atendimento de credenciados ou extinção ocorra nas cidades condicionadas para a habilitação do início da prestação dos serviços nas especificações deste Projeto Básico, outro profissional de saúde ou instituição de mesma especialidade, porte e qualidade deverá ser credenciado na mesma cidade, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, conforme regulamentação da ANS. SUGESTÃO: Não há como garantimos a viabilidade de credenciamento no prazo estabelecido no item 2.37.1, uma vez que é necessário análise estratégica da localidade, aceite do prestador e todo processo de validação para conclusão do processo.	O prazo será mantido, conforme regulamentação da ANS, uma vez que os beneficiários não podem ficar sem atendimento e sem perspectivas de solução alternativa.
	2.41. A lista de prestadores de serviço deverá ser atualizada trimestralmente pela CONTRATADA. SUGESTÃO: A rede prestadora é atualizada e disponibilizada de forma contínua nos canais oficiais da operadora, incluindo Aplicativo, WhatsApp e Portal Pessoa Física.	A sugestão será levada em consideração, mantendo, entretanto, a necessidade de publicação e envio da rede completa à CONTRATANTE.
SOBRE O ROL MÍNIMO DE EXAMES SIMPLES ANEXO I-D – ROL MÍNIMO DE EXAMES SIMPLES		
PONTO DE ATENÇÃO: A contratação da tabela padrão "AMB/CBHPM/BRASINDICE/SIMPRO" são negociadas diretamente com os prestadores de serviço, não sendo possível a contratação diferenciada junto aos prestadores com base na empresa estipulante.		
	Itens: 2.10 e correlatos; 2.10. Os reembolsos de serviços de anestesista serão integrais e deverão ser efetivados no prazo máximo de 15 (quinze) dias, observado o disposto na legislação vigente. 2.68. O pagamento do reembolso será integral no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados da apresentação dos documentos em via original ou eletrônica, quando admitida pela legislação, abaixo elencados, que posteriormente serão devolvidos. 2.70. Para o reembolso de anestésias será utilizado o valor integral da tabela de valores do estado onde o beneficiário residir, de acordo com a legislação vigente, devendo ser efetivado no prazo máximo de 15 (quinze) dias. 7.2. Qualquer que seja o problema apresentado na prestação do serviço, a CONTRATADA deverá arcar com todos os custos e pro-cedimentos necessários à sua solução: Atendimento aos prazos de reembolso (15 dias) SUGESTÃO: O prazo máximo para a operadora de plano de saúde realizar o pagamento do reembolso após a entrega da documentação completa é de 30 dias, seguindo as regras da ANS.	A sugestão será acatada.

	Item 2.67; 2.67. Será assegurado o reembolso integral das despesas assistenciais realizadas pelo beneficiário quando, comprovadamente, inexistir rede própria, credenciada, contratada ou administrada pela CONTRATADA apta à prestação do atendimento previsto neste Projeto Básico, observadas a legislação vigente e a regulamentação da ANS. SUGESTÃO: Para os casos de ausência de rede credenciada, onde haja a proposta de pagamento da integralidade do reembolso, este somente será realizada, imprescindivelmente, com as devidas autorizações dos setores de Canal de atendimento ao cliente, seguindo as regras da ANS.	A sugestão será acatada.
	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.	Poderão
	SOBRE AS REGRAS DE CARÊNCIA Página 18 – Item 2.61; Em conformidade com a legislação em vigor, não será exigido o cumprimento de qualquer prazo de carência para os beneficiários inclusive àqueles com doenças ou lesões preexistentes, desde que seu pedido de ingresso seja formalizado em até 60 (sessenta) dias contados da assinatura do Contrato, de suas renovações anuais, de sua admissão na CONTRATANTE, ou, no caso de inclusão de dependentes, da ocorrência de nascimento ou casamento. Página 18 – Item 2.45.1: Após a solicitação de exclusão, caso o funcionário tenha interesse em retornar ao plano de saúde, a CONTRATADA não poderá negar a inclusão do beneficiário. Entretanto, poderá realizar perícia médica, a fim de comprovar as alegações da Declaração de Saúde do funcionário. Página 17/119, Anexo 1, Item 2.56: "O funcionário que não optar por permanecer associado ao plano de saúde, no período de licença ou afastamento, quando do seu retorno, poderá ser reativado como beneficiário sem cumprimento de carência desde que a solicitação ocorra em até 60 (sessenta) dias. SUGESTÃO: O item 2.45.1, ao estabelecer que "a CONTRATADA não poderá negar a inclusão" e restringir a verificação de pré-existência exclusivamente a posterior perícia médica, subverte o regime da Declaração de Saúde (DS) disciplinado pela RN ANS nº 558/2022 (arts. 4º, 5º e 10), retirando da operadora a prerrogativa legal de ofertar agravo ou CPT no ato da recontração e facilitando fraudes. Por sua vez, o item 2.56 concede isenção de carência no retorno de licença não remunerada em até 60 dias, prazo que também extrapola o prazo geral de 30 dias previsto no art. 6º da RN ANS nº 557/2022.	O Projeto Básico poderá ser ajustado após uma consulta jurídica. Com relação ao prazo de 30 dias sem carência, o assunto já foi respondido anteriormente.
	2.63. Se o beneficiário necessitar de atendimento durante o período de carência, receberá assistência médica e hospitalar de acordo com o plano em que anteriormente estava incluído. SUGESTÃO: O item está fora das regras da ANS. Caso o segurado faça a adesão do plano após o prazo de 60 dias estabelecido em edital e estiver cumprindo o prazo de carência, não receberá assistência médica com o plano em que estava incluído anteriormente.	Será ajustada a redação, para que fique caracterizado que se trata de carência decorrente de mudança de modalidade de plano e não carência de ingresso ao plano.
	Página 09 – Item 2.12: Em caso de Psiquiatria e Dependência Química é obrigatório, por parte da CONTRATADA, o custeio total nos casos de internação hospitalar, assistência ambulatorial e continuidade do tratamento ambulatorial nos prazos determinados pela ANS. SUGESTÃO: O item 2.12 impõe à contratada a obrigação de "custeio total nos casos de internação hospitalar" de psiquiatria e dependência química. Tal estipulação conflita frontalmente com o art. 19, inciso II, da Resolução Normativa ANS nº 465/2021 (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde), que regula expressamente a segmentação hospitalar. O dispositivo normativo da ANS estabelece que a internação psiquiátrica e para dependência química pode estar submetida a fator moderador (coparticipação) quando ultrapassados.	Será ajustada a redação do item, conforme legislação vigente.
	Página 22 – Item 2.98 2.98. Manter Preposto especialmente designado para representá-lo perante a CONTRATANTE, aceito por esta, o qual deverá deixar endereços eletrônicos e telefones com o fiscal do contrato, devendo atender a ligação, retornar a ligação ou responder o e-mail da CONTRATANTE, enviado em dias úteis e horário comercial, no prazo máximo de 4 (quatro) horas. Caso a CONTRATANTE julgue necessário, tais procedimentos poderão ser realizados por um administrador técnico devidamente nomeado por ela; SUGESTÃO: Solicitamos a revisão do prazo de resposta para 24 horas, considerando que o tempo atualmente proposto (04 horas) se mostra insuficiente, sobretudo em situações de acionamento realizado por e-mail ou quando o recurso designado estiver envolvido em outros atendimentos ou tarefas simultâneas.	Os prazos se referem ao recebimento da demanda e encaminhamento de sua solução e, no caso de situação de urgência, devem ter seu tratamento no prazo estipulado no Projeto Básico.
	SOBRE OS RELATÓRIOS Página 23 – Item 2.107 2.107. Apresentar, mensalmente, relatórios de custo individual, de utilização e de estatísticas, discriminando cada serviço prestado a cada beneficiário no respectivo período, por meio de planilha eletrônica em formato editável (Excel ou equivalente), de acordo com layout solicitado pela CONTRATANTE; 2.108. Disponibilizar em site da Internet as informações requeridas no item anterior, para extração por empregados da CONTRATADA autorizados a fazê-lo. SUGESTÃO: É importante ressaltar que os relatórios individualizados previstos nos itens supracitados, serão disponibilizados à área médica da contratante, condicionados à assinatura do termo de sigilo médico, em conformidade com a LGPD.	Quando nos relatórios constarem informações de saúde dos beneficiários, deverão ser encaminhados mensalmente à área médica, de acordo com o leiaute solicitado.
	Dos casos omissos e regramento aplicável, observando que o Edital e seus anexos podem não exaurir todas as especificidades técnicas e operacionais do produto objeto da contratação, questiona-se o seguinte: O órgão ratifica que os temas não tratados explicitamente no Edital serão regidos pelas Condições Gerais do produto ofertado (DOC.1), em conjunto com a legislação vigente e as determinações/normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)?	Os temas não tratados no Edital serão regidos conforme legislação.
	Considerando os limites das obrigações contratuais, bem como a natureza jurídica das companhias seguradoras, pelas quais não são configuradas como prestadoras de serviços, assim não instituindo retenção de ISS, conforme preconiza a Lei Complementar no 116/2003, Lei n. 13.701/2003 e Portaria14/2004-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?	Sim
4	O item 1.4 estabelece que a prestação dos serviços poderá ocorrer por meio de rede própria da CONTRATADA, de terceiros por ela cadastrados e/ou de rede administrada pela CONTRATADA. Em outros dispositivos, o próprio Projeto Básico faz referência a rede própria, credenciada, contratada, administrada e/ou referenciada, demonstrando a possibilidade de diferentes formas de organização da rede assistencial. Nesse contexto, podemos entender que, para fins de atendimento e comprovação da rede assistencial exigida, serão aceitas redes compartilhadas, cedidas, contratadas ou disponibilizadas por outras operadoras de planos de saúde, inclusive operadoras constituídas na modalidade de autogestão, desde que exista instrumento jurídico válido que assegure à CONTRATADA e aos beneficiários da BBTS o efetivo acesso aos respectivos prestadores durante toda a vigência contratual?	A redação do Projeto Básico é clara. Nela não constam redes compartilhadas, cedidas, ou disponibilizadas por outras operadoras.

5	O item 2.2.2.6 prevê que, transcorrido o prazo de 60 dias, somente quando comprovados 94% dos credenciamentos/atendimentos poderá a CONTRATANTE avaliar eventual prorrogação para complementação da rede. Entretanto, o próprio Projeto Básico estabelece mecanismos destinados a impedir a desassistência, dentre eles o item 2.2.2.9 e, especialmente, o item 2.67, que assegura reembolso integral quando inexistir rede própria, credenciada, contratada ou administrada apta ao atendimento. Considerando esses mecanismos de garantia assistencial e buscando ampliar a competitividade, possibilitando a participação de maior número de operadoras, solicitamos avaliar a alteração do item 2.2.2.6 para que seja considerada suficiente, para fins de conclusão da fase inicial de implantação, a comprovação de 80% da rede mínima exigida, permanecendo a CONTRATADA responsável pela complementação dos 20% remanescentes e, enquanto esta não estiver concluída, pela garantia integral do atendimento, inclusive mediante os mecanismos previstos nos itens 2.2.2.9 e 2.67. Nesse mesmo sentido, considerando que o item 2.2.2.4 condiciona o início dos serviços à conclusão da comprovação da rede mínima, solicitamos confirmar se este dispositivo também poderá ser ajustado para permitir o início da operação após a comprovação dos 80%, asseguradas a continuidade assistencial e as demais garantias previstas no Edital, sob pena de a alteração do percentual prevista no item 2.2.2.6 não produzir efeito prático.	O prazo para comprovação da rede disponibilizada é de 60 dias, justamente para permitir o gerenciamento de possíveis problemas da Contratada.
6	O item 2.43 estabelece a disponibilização de, no mínimo, quatro modalidades de planos de abrangência nacional. O Anexo I-A, entretanto, demonstra significativa concentração de beneficiários em determinadas localidades, a exemplo de Distrito Federal, Rio de Janeiro, São Paulo e Goiás. Com a finalidade de ampliar as alternativas disponíveis aos empregados e possibilitar melhor relação custo x benefício, podemos entender que, sem prejuízo da disponibilização das modalidades nacionais obrigatórias, as operadoras poderão apresentar adicionalmente planos de abrangência regional ou por grupo de municípios nas localidades de maior concentração de beneficiários, facultando-se ao empregado a escolha da modalidade que melhor atenda às suas necessidades? Solicitamos confirmar, ainda, que a oferta dessas modalidades adicionais não prejudicará a participação da operadora nem alterará a base de comparação estabelecida no item 16.1, segundo o qual, para fins de precificação do prêmio anual, será considerado o Plano I.	Apesar da concentração citada, em virtude da capilaridade da Empresa, da natureza de suas atividades (que implicam muitos deslocamentos, inclusive interestaduais) e da forma de construção de seus maiores centros (migração de titulares para cidades, às vezes sem a companhia dos dependentes), é imperativo que o plano seja nacional.
7	Os itens 2.51 e 2.61 estabelecem prazo de 60 dias para ingresso sem cumprimento de carências. A R ANS nº 557/2022, ao disciplinar os planos coletivos empresariais com 30 ou mais beneficiários, estabelece em seu art. 6º a impossibilidade de exigência de carências quando o ingresso ocorrer em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou da vinculação à pessoa jurídica contratante; o art. 7º adota o mesmo período quanto à cobertura parcial temporária e agravo relacionados a doenças ou lesões preexistentes. Assim, com o objetivo de uniformizar as regras do Projeto Básico com o prazo regulatório aplicável, solicitamos avaliar a alteração dos prazos de 60 para 30 dias previstos nos itens 2.51 e 2.61, bem como nos demais dispositivos correlatos, permanecendo asseguradas eventuais condições mais favoráveis que venham a ser ofertadas pela CONTRATADA.	O prazo poderá ser ajustado para 30 dias sem prejuízo de futuras negociações com a Contratada para sua dilatação.
8	Os itens 2.122 a 2.134 disciplinam a repactuação dos preços, estabelecendo atualmente meta de sinistralidade de 80% e admitindo a reavaliação do prêmio mensal quando ultrapassado esse percentual. O Edital reconhece, ainda, a necessidade de recomposição dos custos decorrentes de variações de mercado e prevê expressamente que, durante as renovações e repactuações, poderão ser propostos índices mercadológicos, objetivando a preservação do equilíbrio da apólice. Considerando as particularidades econômico-financeiras dos contratos de assistência à saúde, entende-se necessário distinguir dois fatores de recomposição que possuem naturezas e fatos geradores distintos: de um lado, a variação ordinária dos custos médico-hospitalares e demais custos da operação ao longo do tempo; e, de outro, eventual desequilíbrio decorrente do comportamento da sinistralidade da carteira. Assim, com a finalidade de conferir maior previsibilidade, transparência e sustentabilidade econômico-financeira à contratação, solicitamos que o Edital preveja expressamente a aplicação de reajuste financeiro anual e, quando necessário, de reajuste técnico por sinistralidade, de forma distinta e complementar, observada a periodicidade mínima regulamentar e vedada, naturalmente, a dupla recomposição do mesmo fato gerador. O reajuste financeiro anual deverá ter por finalidade recompor a perda inflacionária e a evolução ordinária dos custos incidentes sobre a operação do plano de saúde durante o período contratual, mediante aplicação de índice financeiro ou índice setorial expressamente definido no instrumento contratual, após cada período de 12 meses. Trata-se de mecanismo destinado à atualização dos preços em razão da evolução dos custos no tempo, independentemente de a carteira ter ou não ultrapassado a meta de sinistralidade estabelecida. De forma adicional, deverá ser previsto o reajuste técnico por sinistralidade, aplicável quando a relação entre despesas assistenciais e receitas do contrato ultrapassar o break-even de 70%, mediante apuração e demonstração dos resultados da carteira e aplicação da metodologia técnica previamente prevista no contrato. A utilização do percentual de 70% como meta técnica de sinistralidade encontra correspondência na prática historicamente adotada no mercado de saúde suplementar, na qual parcela da contraprestação deve permanecer destinada à cobertura das despesas administrativas, operacionais, comerciais, tributárias, regulatórias, reservas e demais custos necessários à manutenção e solvência da operação. A própria ANS, em suas orientações sobre a dinâmica econômico-financeira dos planos coletivos, reconhece a utilização de limites técnicos de sinistralidade definidos pelas operadoras, tendo historicamente indicado patamares em torno de 70% como referência utilizada pelo setor. Dessa forma, propõe-se que o break-even atualmente fixado em 80% nos itens 2.124 e 2.125 seja revisto para 70%, percentual mais compatível com a prática técnico-atuarial do mercado e com a necessidade de preservação da sustentabilidade da operação. Importante destacar que o reajuste técnico por sinistralidade não substitui o reajuste financeiro anual. Enquanto o primeiro objetiva recompor eventual desequilíbrio decorrente da utilização assistencial superior à meta técnica estabelecida, o segundo destina-se a recompor a variação ordinária dos custos ao longo do período contratual. Portanto, possuem fatos geradores diferentes e devem ser tratados como mecanismos complementares de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Diante do exposto, solicitamos esclarecer: a) se será prevista a aplicação de reajuste financeiro anual, após o interregno mínimo de 12 meses, mediante índice financeiro ou setorial expressamente definido no contrato; b) se, adicionalmente ao reajuste financeiro, será admitida a aplicação de reajuste técnico por sinistralidade, sempre que a sinistralidade apurada ultrapassar o break-even estabelecido; c) se será acolhida a alteração da meta de sinistralidade prevista nos itens 2.124 e 2.125, passando dos atuais 80% para 70%, em consonância com parâmetro técnico usualmente adotado no mercado de saúde suplementar; e d) se poderá ficar expressamente consignado que o reajuste financeiro e o reajuste técnico por sinistralidade possuem naturezas distintas e poderão ser aplicados no mesmo período de renovação contratual, quando presentes seus respectivos pressupostos, sem que a aplicação de um exclua automaticamente a incidência do outro.	Os critérios econômicos do contrato são claros e a meta de sinistralidade não poderá ser alterada, permanecendo em 80%.
9	O item 11.3 exige, no mínimo, um único atestado de capacidade técnica que demonstre experiência em quantidade correspondente a pelo menos 50% das vidas da atual apólice da BBTS. Considerando as 5.206 vidas informadas, trata-se de requisito de elevada materialidade. Já os itens 11.4 e 11.5 admitem expressamente o somatório de atestados para comprovação da experiência temporal de três anos. Com a finalidade de ampliar a competitividade sem reduzir a comprovação da experiência necessária, solicitamos esclarecer se será admitido o somatório de atestados de capacidade técnica para atingimento do quantitativo correspondente a 50% das vidas, desde que os documentos, em conjunto, comprovem experiência compatível em características, quantidades e complexidade com o objeto da contratação. Caso não seja esse o entendimento, solicitamos avaliar a inclusão expressa dessa possibilidade no futuro Edital, harmonizando os critérios dos itens 11.3, 11.4 e 11.5.	O objetivo das comprovações solicitadas é específico: para volume de atendimento (11.3) e tempo de atendimento (11.4 e 11.5). Não é possível aceitar a soma de atestados para a comprovação de volume de atendimentos.
10	O Acordo de Nível de Serviço estabelece como indicador a obtenção de IDSS igual ou superior a 0,72, atribuindo prazo de 60 dias para regularização e sujeitando a CONTRATADA à aplicação de glosa. Entretanto, o IDSS é indicador institucional de desempenho da operadora, calculado anualmente pela ANS, com base em indicadores relativos à operação global da empresa e a determinado ano-base, não constituindo indicador contratual passível de alteração ou "regularização" pela operadora dentro de um período de 60 dias. Dessa forma, solicitamos esclarecer se, para fins de atendimento ao indicador, será considerada exclusivamente a última nota de IDSS oficialmente publicada pela ANS e se será suprimido o prazo de 60 dias para regularização e a correspondente aplicação de glosa quando a alteração do índice depender do novo ciclo anual de avaliação da Agência. Alternativamente, solicitamos avaliar se o IDSS poderá ser utilizado como indicador de acompanhamento da qualidade da operadora, sem aplicação de penalidade contratual decorrente da impossibilidade material de alteração do índice durante a vigência do ciclo avaliado.	Será considerada a última nota publicada pela ANS e retirado o prazo de 60 dias.
11	O Edital informa que a atual apólice da BBTS encontra-se ativa até 31/03/2027, ao mesmo tempo em que prevê processo gradual de migração dos beneficiários e vigência contratual de 12 meses contada do início da prestação dos serviços. Para fins de adequada precificação, planejamento da implantação, dimensionamento da rede e negociação com prestadores, solicitamos confirmar se a previsão atual é de início da nova contratação em 01/04/2027 e, em caso negativo, qual a data estimada para início da operação e qual o período previsto para a migração gradativa dos beneficiários.	A assinatura e início do novo contrato será em 01/04/2027.

12	Histórico da Carteira e Operadora Atual Solicitamos informar: a) Operadora Atual Razão Social; CNPJ; Data de início da vigência; Data prevista para término da vigência. Nome dos planos atuais. b) Histórico Atuarial dos Últimos 36 Meses prêmio faturado mensalente; despesas assistenciais; PMPM (Per Member Per Month); sinistralidade mensal; sinistralidade acumulada; Tabela de Preços atuais por Plano Contratado reajustes financeiros aplicados; reajustes técnicos aplicados; eventuais reequilíbrios econômico-financeiros realizados.	a) Operadora Atual Razão Social: UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A. CNPJ: 04.487.255/0001-81 Data de início da vigência: 01/04/2022 Data prevista para término da vigência: 31/03/2027 Nome dos planos atuais: Básico, Prático, Versátil, Dinâmico b) Histórico Atuarial dos Últimos 36 Meses: Planilha com o detalhe solicitado em anexo.
13	Distribuição Atual por Modalidade de Plano Solicitamos informar a distribuição atual dos beneficiários entre as modalidades: Plano I; Plano II; Plano III; Plano IV. Favor segregar por: titulares; dependentes; agregados; inativos; remidos. Adicionalmente, gentileza informar: a) Se a massa atual de vidas será migrada para o novo contrato em sua totalidade. b) Se existe uma apólice para os Inativos.	2. Distribuição Atual por Modalidade de Plano: Planilha com o detalhe solicitado em anexo. Solicitamos informar a distribuição atual dos beneficiários entre as modalidades: Plano I; Plano II; Plano III; Plano IV. Favor segregar por: titulares; dependentes; agregados; inativos; remidos. Adicionalmente, gentileza informar: a) Se a massa atual de vidas será migrada para o novo contrato em sua totalidade: Sim. b) Se existe uma apólice para os Inativos: Os inativos permanecem no plano de acordo à lei 9656/98 e são boletados diretamente pela seguradora.
14	Considerando os itens 2.43, 2.44 e 2.119 do Projeto Básico, solicitamos esclarecer quais são os diferenciais mínimos exigidos entre os Planos I, II, III e IV. Favor informar, para cada modalidade: diferenças de rede credenciada; diferenças de acomodação; diferenças de reembolso; diferenças de benefícios e serviços; hospitais, laboratórios ou prestadores diferenciados por modalidade, quando aplicável. Adicionalmente, solicitamos informar a distribuição atual dos beneficiários por plano (I, II, III e IV), segregando: titulares; dependentes; agregados; inativos; remidos. Bem como disponibilizar Base em excel contendo a relação de vidas (ativos e inativos) e dependentes/agregados (quando houver) por faixa etária e sexo, constando Grau de titularidade (Titular, Dependente e/ou Agregado), Município/UF de residência	Considerando os itens 2.43, 2.44 e 2.119 do Projeto Básico, solicitamos esclarecer quais são os diferenciais mínimos exigidos entre os Planos I, II, III e IV.: Os segurados na rede básica têm atendimento em enfermaria. Nas outras modalidades o atendimento é em apartamento. O que diferencia os planos superiores é a rede oferecida, os valores de reembolso, os valores da garantia funeral e o tempo de permanência dos dependentes elegíveis no período de remissão. Favor informar, para cada modalidade: diferenças de rede credenciada; diferenças de acomodação; diferenças de reembolso; diferenças de benefícios e serviços; hospitais, laboratórios ou prestadores diferenciados por modalidade, quando aplicável. Adicionalmente, solicitamos informar a distribuição atual dos beneficiários por plano (I, II, III e IV), segregando: Planilha com o detalhe solicitado em anexo. titulares; dependentes; agregados; inativos; remidos. Bem como disponibilizar Base em excel contendo a relação de vidas (ativos e inativos) e dependentes/agregados (quando houver) por faixa etária e sexo, constando Grau de titularidade (Titular, Dependente e/ou Agregado), Município/UF de residência
15	Adesão ao Benefício Saúde Considerando que o item 1.1.1 informa que a adesão ao plano de saúde é facultativa, solicitamos informar: a) Qual o quantitativo total atual de elegíveis ao benefício saúde na BBTS? b) Qual o percentual atual de adesão ao benefício, considerando empregados elegíveis versus beneficiários efetivamente inscritos? c) Existe expectativa ou histórico recente de crescimento relevante da carteira decorrente de novas adesões? d) Existe campanha, programa ou incentivo interno previsto que possa impactar significativamente a adesão ao benefício durante a vigência contratual? e) Gentileza informar a forma de custeio atualmente praticada para o benefício saúde, detalhando a participação financeira da BBTS e dos beneficiários, inclusive os percentuais ou valores de contribuição de responsabilidade de cada parte.	Considerando que o item 1.1.1 informa que a adesão ao plano de saúde é facultativa, solicitamos informar: a) Qual o quantitativo total atual de elegíveis ao benefício saúde na BBTS? 2.692 empregados. b) Qual o percentual atual de adesão ao benefício, considerando empregados elegíveis versus beneficiários efetivamente inscritos? 84,10% c) Existe expectativa ou histórico recente de crescimento relevante da carteira decorrente de novas adesões? Não. d) Existe campanha, programa ou incentivo interno previsto que possa impactar significativamente a adesão ao benefício durante a vigência contratual? Não. e) Gentileza informar a forma de custeio atualmente praticada para o benefício saúde, detalhando a participação financeira da BBTS e dos beneficiários, inclusive os percentuais ou valores de contribuição de responsabilidade de cada parte. Há subsídio de 100% do valor do plano Básico para os empregados admitidos antes de 1996, e, 50% ou 70% (conforme a remuneração) do plano Básico para os admitidos depois de 1996.

16	Beneficiários em Tratamentos e Eventos de Alto Custo Solicitamos informar a quantidade atual de beneficiários e seus respectivos CID's enquadrados nas seguintes situações: Internações internados; internações prolongadas; beneficiários em UTI; cirurgias autorizadas e ainda não realizadas. Assistência Domiciliar Home Care; Internação Domiciliar; Atenção Domiciliar. Oncologia pacientes oncológicos ativos; quimioterapia; radioterapia; imunoterapia; terapias-alvo. Terapias Continuadas beneficiários com TEA; psicoterapia seriada; terapia ocupacional; fonoaudiologia; fisioterapia continuada. E demais pacientes crônicos.	Planilha com o detalhe solicitado em anexo.
17	Maiores Custos Assistenciais Solicitamos disponibilizar, de forma anonimizada e observando os requisitos da LGPD: relatório dos 50 maiores eventos/custos assistenciais, bem como relação dos 20 maiores prestadores dos últimos 24 meses; Relação dos 10 maiores usuários por operadora contendo o valor dos últimos 12M. Sempre que possível, informar: especialidade; tipo de evento; valor; quantidade de beneficiários impactados.	Planilha com o detalhe solicitado em anexo.
18	Reembolso 5.1 Tabela de Reembolso Considerando os itens que tratam de Reembolso, solicitamos esclarecer se, será aceita a aplicação das tabelas de reembolso e critérios previstos nos produtos regularmente registrados pela operadora junto à ANS. Em caso negativo, favor informar qual tabela ou metodologia deverá ser utilizada para cálculo dos reembolsos previstos contratualmente. 5.2 Histórico de Reembolsos Solicitamos disponibilizar histórico dos últimos 24 meses contendo: quantidade de solicitações de reembolso; valor total reembolsado; distribuição por UF; distribuição por município; principais motivos que originaram os reembolsos.	5.1 Tabela de Reembolso: Planilha com o detalhe solicitado em anexo. Considerando os itens que tratam de Reembolso, solicitamos esclarecer se, será aceita a aplicação das tabelas de reembolso e critérios previstos nos produtos regularmente registrados pela operadora junto à ANS. Em caso negativo, favor informar qual tabela ou metodologia deverá ser utilizada para cálculo dos reembolsos previstos contratualmente. 5.2 Histórico de Reembolsos: Não se aplica por não ser relevante na carteira, com exceção de anestesiologistas. Solicitamos disponibilizar histórico dos últimos 24 meses contendo: - Quantidade de solicitações de reembolso; - Valor total reembolsado; - Distribuição por UF; - Distribuição por município; - Principais motivos que originaram os reembolsos. 5.3 Conceito de Rede Apta: A redação do Projeto Básico é clara: indisponibilidade de rede. Considerando o item 2.67 do Projeto Básico, favor esclarecer objetivamente quais situações caracterizam: "inexistência de rede própria, credenciada, contratada ou administrada apta à prestação do atendimento". Favor confirmar se as seguintes situações caracterizam inexistência de rede apta: - ausência de prestador na localidade; - disponibilidade de agenda; - inexistência da especialidade necessária; - ausência de atendimento dentro dos prazos máximos definidos pela ANS; - disponibilidade temporária de prestadores. 5.4 Reembolso de Honorários Anestésicos: O Projeto Básico considera o valor integral desembolsado e comprovado pelo beneficiário, respeitando o valor integral da tabela de valores do estado onde o beneficiário residir, de acordo com a legislação específica, porém, poderá haver detalhamento mais específico para este ponto. Considerando o item 2.70 do Projeto Básico, favor esclarecer: a) O reembolso integral corresponde ao valor efetivamente desembolsado pelo beneficiário? b) Existe tabela referencial específica para este reembolso? c) Existe limitação contratual de valor? d) O reembolso deverá observar tabela da operadora, tabela AMB ou outro referencial? 5.5 Documentação para Reembolso: Pode ser exigido o comprovante de pagamento. Considerando os itens 2.68 a 2.71 do Projeto Básico, favor confirmar se, além da Nota Fiscal e Relatório Médico, também será exigida a apresentação de comprovante de pagamento/desembolso pelo beneficiário.
19	Conceito de Rede Apta Considerando o item 2.67 do Projeto Básico, favor esclarecer objetivamente quais situações caracterizam: "inexistência de rede própria, credenciada, contratada ou administrada apta à prestação do atendimento". Favor confirmar se as seguintes situações caracterizam inexistência de rede apta: ausência de prestador na localidade; disponibilidade de agenda; inexistência da especialidade necessária; ausência de atendimento dentro dos prazos máximos definidos pela ANS; disponibilidade temporária de prestadores.	
20	Reembolso de Honorários Anestésicos Considerando o item 2.70 do Projeto Básico, favor esclarecer: a) O reembolso integral corresponde ao valor efetivamente desembolsado pelo beneficiário? b) Existe tabela referencial específica para este reembolso? c) Existe limitação contratual de valor? d) O reembolso deverá observar tabela da operadora, tabela AMB ou outro referencial?	
21	Documentação para Reembolso Considerando os itens 2.68 a 2.71 do Projeto Básico, favor confirmar se, além da Nota Fiscal e Relatório Médico, também será exigida a apresentação de comprovante de pagamento/desembolso pelo beneficiário.	
22	Prazo de Reembolso Considerando o item 2.68 do Projeto Básico, solicitamos esclarecer: a) Considerando que é prática amplamente adotada no mercado de saúde suplementar a utilização de prazo de até 30 (trinta) dias para processamento e pagamento dos reembolsos após o recebimento da documentação completa, a BBTS admite a adoção de prazo distinto daquele previsto no item 2.68, mediante negociação contratual? Sim. b) O prazo será contado a partir da data de protocolo da solicitação pelo beneficiário ou da data de recebimento da documentação completa e validada pela CONTRATADA? Da data do protocolo. c) Em caso de pendência documental ou necessidade de complementação de informações, a contagem do prazo permanecerá suspensa até a regularização da documentação? Sim.	

23	Critérios de Validação da Rede Mínima Considerando os itens 2.2.2.2, 2.2.2.3 e 2.2.2.6 do Projeto Básico, solicitamos esclarecer: a) Existe requisito mínimo de porte hospitalar? Exemplos: - hospital geral; - pronto atendimento 24 horas; - maternidade; - UTI; - hospital de alta complexidade. b) Um mesmo prestador poderá atender simultaneamente mais de um requisito exigido na rede mínima? c) Qual será a documentação considerada válida para comprovação da rede? Exemplos: - contrato vigente; - carta de credenciamento; - declaração do prestador; - rede publicada em sistema; - outro documento. d) Prestadores em fase final de credenciamento poderão ser considerados? e) Como a BBTS realizará a validação do percentual mínimo de 94% previsto no item 2.2.2.6?	Considerando os itens 2.2.2.2, 2.2.2.3 e 2.2.2.6 do Projeto Básico, solicitamos esclarecer: a) Existe requisito mínimo de porte hospitalar? É necessário seguir a especificação do Projeto Básico. Exemplos: - hospital geral; - pronto atendimento 24 horas; - maternidade; - UTI; - hospital de alta complexidade. b) Um mesmo prestador poderá atender simultaneamente mais de um requisito exigido na rede mínima?: Exemplo: hospital que disponibilize atendimento de emergência, maternidade, UTI, terá esses atendimentos considerados como oferta de rede a ser contabilizada. c) Qual será a documentação considerada válida para comprovação da rede?: Rede disponibilizada aos beneficiários, apta para atendimento imediato. Exemplos: - contrato vigente; - carta de credenciamento; - declaração do prestador; - rede publicada em sistema; - outro documento. d) Prestadores em fase final de credenciamento poderão ser considerados?: Não, por isso é concedido o prazo de 60 dias para a comprovação. e) Como a BBTS realizará a validação do percentual mínimo de 94% previsto no item 2.2.2.6?: Por todas as formas que achar conveniente.
24	Disponibilização da Rede Credenciada e Cartão de identificação Considerando os itens 2.86, 2.87, 2.88 e 2.89 do Projeto Básico, favor esclarecer se a disponibilização da rede credenciada atualizada e do cartão do beneficiário por meio digital, através de portal eletrônico, aplicativo ou área logada da operadora, será considerada suficiente para atendimento das obrigações contratuais. Considerando que a utilização de meios digitais proporciona atualização mais rápida das informações assistenciais, maior eficiência operacional e está alinhada às práticas de sustentabilidade e redução do consumo de papel, solicitamos confirmar se a rede credenciada poderá ser disponibilizada exclusivamente por meio eletrônico, se o cartão digital será considerado suficiente para identificação e utilização dos serviços pelos beneficiários e se a emissão do cartão físico poderá ocorrer apenas mediante solicitação do beneficiário, quando necessária.	É requerido o Cartão Físico para todos os beneficiários.
25	Atendimento Operacional e SLA Considerando o item do Projeto Básico, que estabelece prazo máximo de até 4 (quatro) horas para atendimentos urgentes, 24 (vinte e quatro) horas para atendimentos operacionais, retorno de ligação ou resposta aos contatos realizados pela CONTRATANTE, solicitamos esclarecer: a) Está correto o nosso entendimento de que os prazos se referem ao primeiro retorno/acusação de recebimento da demanda ou à sua solução definitiva? b) Os referidos prazos serão aplicados exclusivamente durante horário comercial em dias úteis ou também em finais de semana e feriados? c) O prazo aplica-se a qualquer tipo de solicitação ou apenas às demandas classificadas pela CONTRATANTE como urgentes?	a) Está correto o nosso entendimento de que os prazos se referem ao primeiro retorno/acusação de recebimento da demanda ou à sua solução definitiva?: Ao recebimento da demanda e encaminhamento de sua solução. b) Os referidos prazos serão aplicados exclusivamente durante horário comercial em dias úteis ou também em finais de semana e feriados?: Dias úteis. O atendimento 7 X 24 consta em outro item do Projeto Básico. c) O prazo aplica-se a qualquer tipo de solicitação ou apenas às demandas classificadas pela CONTRATANTE como urgentes? A explicação consta no Acordo de Nível de Serviço do Projeto Básico.
26	Continuidade Assistencial Considerando os itens 2.2.2.5 e 2.15 do Projeto Básico, favor esclarecer quais situações atualmente existentes deverão ser obrigatoriamente assumidas pela futura contratada. Informar se a continuidade assistencial abrangerá: - internações; - procedimentos cirúrgicos autorizados; - tratamentos em andamento; - OPME previamente aprovadas; - medicamentos de alto custo; - Home Care; - atendimentos realizados fora da rede da operadora atual.	Todas as situações.
27	Remissão e Garantia Funeral Solicitamos informar histórico dos últimos 36 meses referentes a: Remissão - quantidade de eventos; - quantidade de beneficiários contemplados; - prazo médio efetivamente utilizado. Garantia Funeral - quantidade de eventos; - valor total indenizado; - quantidade de beneficiários impactados.	Remissão: Conforme informado na planilha, há 10 beneficiários em remissão, valor que pode servir como referência média. Como são do plano básico e Prático, o tempo máximo de permanência nessa condição é de três anos. Garantia Funeral - Não se aplica por não ser relevante na carteira.
28	Garantia Funeral Considerando que o objeto da futura contratação se refere à prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e que a Garantia Funeral prevista no item 2.17 possui natureza distinta das coberturas assistenciais reguladas pela ANS, solicitamos esclarecer: a) A Garantia Funeral constitui requisito obrigatório da futura contratação? b) Considerando que tal benefício possui características tipicamente associadas a produtos securitários e não assistenciais, a BBTS admite a apresentação de proposta sem a referida cobertura, desde que mantidas integralmente as demais condições assistenciais previstas no Projeto Básico? c) Em caso negativo, será admitida solução equivalente por meio de benefício acessório ou produto complementar distinto do plano de assistência médica?	a) A Garantia Funeral constitui requisito obrigatório da futura contratação?. Pode ser avaliada a segregação da contratação. b) Considerando que tal benefício possui características tipicamente associadas a produtos securitários e não assistenciais, a BBTS admite a apresentação de proposta sem a referida cobertura, desde que mantidas integralmente as demais condições assistenciais previstas no Projeto Básico?. Ver resposta anterior. c) Em caso negativo, será admitida solução equivalente por meio de benefício acessório ou produto complementar distinto do plano de assistência médica? Ver resposta anterior.
29	Alimentação e Acomodação de Acompanhantes Considerando o disposto no item 2.3.7 do Projeto Básico, solicitamos confirmar nosso entendimento de que, além das hipóteses legalmente previstas para acompanhantes de beneficiários menores de 18 anos, as exigências relativas à acomodação e alimentação de acompanhantes de gestantes em período de pré-parto e pós-parto imediato e de portadores de necessidades especiais serão atendidas por meio dos serviços disponibilizados pelos estabelecimentos hospitalares integrantes da rede assistencial da CONTRATADA, observadas as condições regularmente praticadas pelos respectivos prestadores e as disposições legais e regulamentares aplicáveis. Dessa forma, está correto o entendimento de que não será exigido da futura contratada benefício adicional específico ou custeio complementar para alimentação e acomodação de acompanhantes além daqueles regularmente disponibilizados pelos estabelecimentos hospitalares integrantes da rede credenciada?	Confirmado

30	Populações Especiais Considerando os itens 1.1.1.5, 2.48.2.3 e 2.57.3 do Projeto Básico, solicitamos informar o quantitativo atual de beneficiários enquadrados nas seguintes condições: dependentes de titulares falecidos; ex-cônjuges ou ex-companheiros com percepção de pensão alimentícia; pensionistas; beneficiários mantidos por decisão judicial; quaisquer outras situações excepcionais de elegibilidade ou permanência no benefício. Adicionalmente, considerando que a elegibilidade de ex-cônjuges pensionistas e dependentes sem vínculo empregatício ativo normalmente decorre de condições específicas do estipulante, regulamento interno ou decisão judicial (nas hipóteses em que a prestadora do serviço atual for citada), solicitamos esclarecer se a BBTS admite a manutenção dessas condições apenas para os beneficiários atualmente existentes, sem obrigatoriedade de inclusão futura de novos beneficiários nessas categorias durante a vigência contratual.	•~~Dependentes~~ de titulares falecidos; Ver resposta 8 – Remissão. •~~Ex-cônjuges~~ ou ex-companheiros com percepção de pensão alimentícia; •~~Pensionistas~~; •Beneficiários mantidos por decisão judicial; 2 titulares, 2 dependentes. •~~Quaisquer~~ outras situações excepcionais de elegibilidade ou permanência no benefício. Filhos maiores de 30 anos com incapacidade com tutela ou curatela do titular. Adicionalmente, considerando que a elegibilidade de ex-cônjuges pensionistas e dependentes sem vínculo empregatício ativo normalmente decorre de condições específicas do estipulante, regulamento interno ou decisão judicial (nas hipóteses em que a prestadora do serviço atual for citada), solicitamos esclarecer se a BBTS admite a manutenção dessas condições apenas para os beneficiários atualmente existentes, sem obrigatoriedade de inclusão futura de novos beneficiários nessas categorias durante a vigência contratual. É necessário maior esclarecimento para este item da consulta.
31	Perfil de Utilização Assistencial Solicitamos disponibilizar perfil consolidado de utilização assistencial dos últimos 24 meses, contendo, sempre que possível: consultas eletivas; pronto-socorro; exames simples; exames complexos; terapias; internações clínicas; internações cirúrgicas; internações psiquiátricas/remoções; transplantes; utilização de Home Care.	Planilha com o detalhe solicitado em anexo.
32	Elegibilidade e Carências 11.1 Inclusão sem Carência Considerando os itens 2.51 e 2.61 do Projeto Básico, que estabelecem prazo de até 60 dias para inclusão de beneficiários com isenção de carências, solicitamos esclarecer: a) Considerando que, em contratos coletivos empresariais, é prática amplamente adotada pelo mercado de saúde suplementar a utilização de prazo de até 30 dias para inclusão de beneficiários com isenção de carências, a BBTS admite a adoção desse prazo pela futura contratada? b) Em caso negativo, solicitamos confirmar que o prazo de 60 dias deverá ser observado integralmente durante toda a vigência contratual.	a) ~~C~~onsiderando que, em contratos coletivos empresariais, é prática amplamente adotada pelo mercado de saúde suplementar a utilização de prazo de até 30 dias para inclusão de beneficiários com isenção de carências, a BBTS admite a adoção desse prazo pela futura contratada?. Sim. b) ~~E~~m caso negativo, solicitamos confirmar que o prazo de 60 dias deverá ser observado integralmente durante toda a vigência contratual.
33	Reinclusão de Beneficiários Considerando o item 2.45.1 do Projeto Básico, solicitamos esclarecer se, nos casos de reinclusão de beneficiários anteriormente excluídos por solicitação voluntária, a futura contratada deverá obrigatoriamente conceder reinclusão sem aplicação de: carências; cobertura parcial temporária (CPT); nova declaração de saúde. Ou se poderão ser observadas as regras regulatórias e contratuais vigentes à época da reinclusão.	Ver redação completa do item 2.45.1 do Projeto Básico.
34	Licença Sem Vencimentos e Afastamentos Considerando o disposto no item 2.55 do Projeto Básico, solicitamos confirmar nosso entendimento de que os casos de licença sem vencimentos ou afastamento legal não caracterizam extinção do vínculo empregatício, permanecendo o beneficiário elegível ao plano de assistência à saúde enquanto vigente a relação contratual com a BBTS. Dessa forma, solicitamos esclarecer: a) Está correto o entendimento de que o item 2.55 trata exclusivamente da responsabilidade financeira pelo custeio do benefício durante o período de afastamento, não implicando perda de elegibilidade ou exclusão automática do beneficiário do plano? b) Está correto o entendimento de que a manutenção da cobertura assistencial dos empregados afastados observará as regras de elegibilidade vigentes durante a permanência do vínculo empregatício com a BBTS?	a) ~~E~~stá correto o entendimento de que o item 2.55 trata exclusivamente da responsabilidade financeira pelo custeio do benefício durante o período de afastamento, não implicando perda de elegibilidade ou exclusão automática do beneficiário do plano?. Correto. b) ~~E~~stá correto o entendimento de que a manutenção da cobertura assistencial dos empregados afastados observará as regras de elegibilidade vigentes durante a permanência do vínculo empregatício com a BBTS?. Correto.
35	Movimentação entre Modalidades (Upgrade e Downgrade) Considerando o disposto no item 2.66 do Projeto Básico, que estabelece restrição para transferência de beneficiários entre modalidades de plano após internação hospitalar ou procedimento cirúrgico, solicitamos esclarecer: a) A restrição prevista no item 2.66 constitui requisito obrigatório da futura contratação e deverá ser observada integralmente pela operadora contratada? b) A BBTS admite que a operacionalização dos processos de upgrade e downgrade observe procedimentos equivalentes adotados pela operadora contratada, desde que preservadas as condições assistenciais previstas contratualmente? c) Na hipótese de solicitação voluntária de alteração de modalidade pelo beneficiário, a futura contratada deverá observar obrigatoriamente o prazo de 12 (doze) meses previsto no item 2.66 ou será admitida solução operacional equivalente compatível com os processos regularmente adotados pela operadora?	a) ~~A~~ restrição prevista no item 2.66 constitui requisito obrigatório da futura contratação e deverá ser observada integralmente pela operadora contratada?. Se for vantajoso para o beneficiário e para a Contratante, podem ser apreciadas sugestões a respeito do assunto. b) ~~A~~ BBTS admite que a operacionalização dos processos de upgrade e downgrade observe procedimentos equivalentes adotados pela operadora contratada, desde que preservadas as condições assistenciais previstas contratualmente? Ver resposta anterior. c) ~~N~~a hipótese de solicitação voluntária de alteração de modalidade pelo beneficiário, a futura contratada deverá observar obrigatoriamente o prazo de 12 (doze) meses previsto no item 2.66 ou será admitida solução operacional equivalente compatível com os processos regularmente adotados pela operadora? Ver resposta anterior.
36	Faturamento e Pagamento 12.1 Forma de Pagamento Considerando o item 3.6 do Projeto Básico, solicitamos esclarecer se será admitido que o faturamento da futura contratação seja realizado por meio de boleto bancário emitido pela operadora, observadas as condições comerciais e financeiras pactuadas entre as partes.	Confirmado
37	Disponibilização de Faturas e Relatórios Considerando os itens 3.2 e 3.11 do Projeto Básico, favor esclarecer se a disponibilização das faturas, boletos, demonstrativos e relatórios por meio de portal eletrônico corporativo da operadora será considerada suficiente para atendimento das obrigações contratuais. Adicionalmente, favor esclarecer se a BBTS exigirá envio periódico dos documentos em formato específico (Excel, PDF ou similar) ou se a disponibilização eletrônica será considerada suficiente.	É solicitado que a Contratada disponibilize a documentação comprobatória para o faturamento. Na plataforma são inseridos boletos e faturas após o aceite da Fiscalização do Serviço, com base na documentação comprobatória.
38	Encerramento Contratual e Reembolsos Pendentes Considerando o item 3.9 do Projeto Básico, solicitamos esclarecer a metodologia que será utilizada para apuração dos valores eventualmente retidos ao término do contrato, bem como os critérios e documentos necessários para comprovação da regularização dos reembolsos pendentes.	Procedimento operacional a combinar entre as partes.

39	Corregulação, Governança Assistencial e Programas de Saúde 13.1 Corregulação Considerando os itens 2.16.1 a 2.16.3 do Projeto Básico, solicitamos esclarecer: a) Está correto o entendimento de que a decisão final acerca de autorizações, condução clínica e definição assistencial permanecerá sob responsabilidade da operadora contratada? b) Existe expectativa da BBTS quanto à utilização de protocolo clínico específico ou metodologia própria para execução da corregulação?	A regulação compartilhada não se confunde com a regulação assistencial obrigatória realizada pelas operadoras de planos de saúde em observância à legislação e à regulamentação da ANS. A análise de cobertura, elegibilidade, autorização de procedimentos, cumprimento do Rol da ANS e demais atos regulatórios permanece como atribuição exclusiva da operadora. O modelo proposto tem por fundamento a liberdade contratual e a possibilidade de adoção de mecanismos de gestão em saúde, coordenação do cuidado, acompanhamento assistencial e apoio à tomada de decisão, sem transferência de competências regulatórias da operadora. Seu objetivo é gerar maior integração entre beneficiário, contratante e operadora, promovendo utilização adequada da rede, direcionamento assistencial, monitoramento de casos complexos e melhoria da experiência do usuário. Dessa forma, não há sobreposição de competências, mas sim complementaridade. A operadora permanece integralmente responsável pelas decisões regulatórias previstas na Lei nº 9.656/1998 e na regulamentação da ANS, enquanto a regulação compartilhada atua como ferramenta de gestão da saúde populacional e coordenação assistencial.
40	Comitês Técnicos e Governança Assistencial Considerando os itens 2.16.4 a 2.16.10 do Projeto Básico, solicitamos esclarecer: a) Os comitês poderão ocorrer de forma remota? b) Existe periodicidade mínima obrigatória ou a agenda poderá ser ajustada entre as partes conforme necessidade assistencial da carteira?	a) Os comitês poderão ocorrer de forma remota? Sim. b) Existe periodicidade mínima obrigatória ou a agenda poderá ser ajustada entre as partes conforme necessidade assistencial da carteira? A combinar entre as partes. Inicialmente a periodicidade é trimestral.
41	Programas de Saúde Considerando os itens 2.16 e 2.116 do Projeto Básico, solicitamos esclarecer: a) A BBTS admite a utilização dos programas proprietários e linhas de cuidado já disponibilizados pela operadora contratada para atendimento da exigência? b) Existe exigência de atendimento presencial ou poderão ser adotados modelos híbridos e/ou remotos? c) Existe meta quantitativa mínima de participantes ou ações de promoção à saúde durante a vigência contratual?	a) BBTS admite a utilização dos programas proprietários e linhas de cuidado já disponibilizados pela operadora contratada para atendimento da exigência? Sim. b) Existe exigência de atendimento presencial ou poderão ser adotados modelos híbridos e/ou remotos? Modelos híbridos. c) Existe meta quantitativa mínima de participantes ou ações de promoção à saúde durante a vigência contratual? A combinar entre as partes.
42	Home Care e Rede Assistencial Considerando os itens 2.1, 2.2.2.5 e 2.15 do Projeto Básico, solicitamos esclarecer se a futura contratada deverá obrigatoriamente manter os fornecedores atualmente utilizados para Home Care e Atenção Domiciliar ou se poderá utilizar prestadores próprios, contratados ou credenciados, observados os critérios técnicos e assistenciais aplicáveis.	Poderá utilizar prestadores próprios para assumir os cuidados de home care, observando os critérios técnicos de cada caso.
43	OPME e Procedimentos de Alto Custo Solicitamos informar se existem atualmente: OPME previamente autorizadas; procedimentos cirúrgicos com materiais especiais já aprovados; procedimentos eletivos de alto custo aguardando execução; eventos assistenciais de alto impacto financeiro já autorizados e ainda não realizados.	O plano atual segue vigente, portanto os processos de solicitações cirúrgicas, urgências, ambulatoriais e terapias seguem sendo regulados pela atual operadora.
44	Evolução e Crescimento da Carteira Além da massa atualmente informada de 5.206 beneficiários, solicitamos informar: a) Quantidade total atual de empregados ativos da BBTS; b) Histórico de crescimento da carteira nos últimos 24 meses; c) Expectativa de crescimento da carteira durante os próximos 12 meses; d) Existência de processos de admissão, expansão operacional ou movimentação organizacional que possam impactar significativamente o quantitativo de beneficiários durante a vigência contratual.	14. Histórico de crescimento da carteira nos últimos 24 meses; Planilha com o detalhe solicitado em anexo. b) Quantidade total atual de empregados ativos da BBTS; 2.692 empregados. b) Expectativa de crescimento da carteira durante os próximos 12 meses; Estabilidade. c) Existência de processos de admissão, expansão operacional ou movimentação organizacional que possam impactar significativamente o quantitativo de beneficiários durante a vigência contratual. Estabilidade.
45	Reajuste Contratual e Reequilíbrio Econômico-Financeiro Considerando os itens do Projeto Básico, solicitamos esclarecer se a BBTS admite que a futura contratação contemple mecanismo de reajuste e reequilíbrio econômico-financeiro baseado em: Índice Financeiro de Reajuste (VCMH ou indicador equivalente de variação de custos médico-hospitais); Revisão técnica decorrente da sinistralidade da carteira, observados os parâmetros e critérios a serem pactuados entre as partes; Pedidos de reequilíbrio econômico-financeiro devidamente fundamentados, em conformidade com a legislação aplicável e com a efetiva demonstração do desequilíbrio contratual.	Os critérios estão devidamente explicitados no Projeto Básico publicado.