

ATA DA CONSULTA PÚBLICA Nº 001/2025

A EMPRESA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO – PRODAM-SP S/A., nos termos do Decreto Municipal nº 62.100 de 27/12/2022, e em observância ao devido processo legal, bem como aos Princípios da Publicidade e da Legalidade que regem a presente contratação, torna públicas as respostas aos pedidos de esclarecimentos, bem como às sugestões e manifestações apresentadas no âmbito da Consulta Pública nº 001/2025, que tem por objeto a **CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, HOSPITALAR, CIRÚRGICA, AMBULATORIAL E OBSTÉTRICA À SAÚDE, AOS EMPREGADOS E DIRETORES DA EMPRESA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO – PRODAM-SP S/A E SEUS DEPENDENTES REGULARMENTE NOMEADOS ATRAVÉS DE PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA EMPRESARIAL, COM REGISTRO NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, PELO PERÍODO DE 24 (VINTE E QUATRO) MESES.**

(PERGUNTAS E RESPOSTAS)

EMPRESA 1: AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A

PERGUNTA 1:

1. Favor explicar a exigência da cláusula 4.7.7, em relação ao objeto a ser executado: 4.7.7. Que os serviços são prestados por empresas que comprovem cumprimento de reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e que atendam às regras de acessibilidade previstas na legislação, conforme disposto no art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.
2. Em relação ao item 3.1 para que não haja problemas futuros em relação a veracidade de documentos, podemos entender que a inclusão de cônjuge, companheiro(a) incluindo em união estável homoafetiva deverá ser comprovada apenas por escritura Pública?
3. Em relação a cláusula 7.9.1 “A CONTRATADA deverá garantir cobertura aos medicamentos previstos na legislação e no rol da ANS e suas alterações, inclusive, quimioterápicos para uso oral em domicílio.” Está correto o entendimento de que qualquer medicação solicitada, deverá constar no DUT / Protocolo do tratamento da patologia e será analisado caso a caso?
4. Em relação ao item 7.10.1. “A CONTRATADA deverá disponibilizar, quando necessário, serviço próprio ou contratado de remoção para todos os beneficiários, sem ônus para estes, seja entre hospitais, entre hospitais e domicílio, ou quando recomendado pelo médico, o serviço de Home Care”. Podemos entender que houve uma confusão na redação e haverá alteração da Cláusula, considerando as seguintes premissas:
 - a. Remoção = somente interhospitalar
 - b. Serviço de home Care não faz parte do Rol de Procedimentos da ANS.
5. Item 8.1. “As internações deverão garantir assistência integral, desde o início até a alta e, quando em acomodações do tipo enfermaria, deverá atender o limite de até 03

(três) leitos, considerando os acompanhantes previstos na legislação.” Em relação a quantidade de leitos as operadoras/seguradoras deverão disponibilizar de acordo com a capacidade de cada prestador, poderiam retirar a Cláusula?

6. Item 8.5.1. “Disponibilizar serviço de Home Care, quando necessário e prescrito pelo médico, sem ônus ao beneficiário.” Tendo em vista que o Serviço de Home Care não faz parte do Rol de Procedimentos da ANS, podemos considerar que será retirado do edital e analisado caso a caso?

7. Em relação ao item 10.1. “Será assegurada a todos os beneficiários titulares e seus respectivos dependentes, a possibilidade de mudança de plano, sem qualquer tipo de carência para utilização, desde que se faça a opção nos primeiros 30 (trinta) dias corridos de vigência do Contrato, ou no aniversário do Contrato.” Poderá haver alteração de plano, sem carência, nos primeiros 30 (trinta) dias de contrato, porém na aniversário do contrato será analisado caso a caso.

8. Em relação as palestras, item 19.2 e 19.3, serão desenhadas em conjunto (empresa contratada + PRODAM) ou há algum modelo utilizado atualmente para disponibilização do modelo? – Podemos disponibilizar os modelos, mas são palestras na maioria das vezes online relacionadas a temas de saúde e Qualidade de Vida que colaboram com a saúde financeira e utilização consciente do Plano.

RESPOSTA 1: Agradecemos seu interesse e a participação na Consulta Pública realizada visando a contratação de empresa para PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, HOSPITALAR, CIRÚRGICA, AMBULATORIAL E OBSTÉTRICA À SAÚDE, aos empregados e diretores da Empresa de Tecnologia da Informação e Comunicação do Município de São - PRODAM-SP S/A e seus dependentes e esclarecemos que o Termo de Referência encontra-se em revisão pelo time técnico, que envidará esforços na construção de um documento que permita uma contratação assertiva e responsável, de acordo com nossas possibilidades.

EMPRESA 2: HAPVIDA NOTREDAME INTERMÉDICA

PERGUNTA 2:

Edital

1. Quanto ao objeto da contratação, o Edital se refere a “contratação de empresa de prestação de serviços de assistência médica”, neste caso, fica aberta a participação de administradoras de benefícios?

2. Importante que o objeto indique quais empresas poderão participar do certame (operadoras, cooperativas, administradoras de benefícios).

Qualificação Econômico-Financeira

Caso seja permitida a participação de administradoras de benefícios, é importante que seja exigida junto aos documentos de habilitação técnica, a carta de anuência da operadora que disponibilizará os planos, com a indicação de cada plano, assinada pelas duas partes;

Itens 8.5.3. e 8.5.4: balanço cumulativo;

O item 8.5.3 do Termo de Referência estabelece que para comprovação de qualificação econômico financeira os licitantes deverão apresentar índices de Liquidez Geral (LG),

Liquidez Corrente (LC), e Solvência Geral (SG) superiores a 1 (um), e, cumulativamente, o item 8.5.4, a comprovação de Patrimônio Líquido mínimo de 5% (cinco por cento) do valor da proposta final, após a etapa de lances, extraído do Balanço Patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei.

Acontece que, para garantir a obediência aos princípios da licitação, deverá ser exigida, de forma alternativa aos índices supramencionados, para a comprovação de qualificação econômico-financeira, a demonstração de patrimônio líquido mínimo de 10% (dez por cento) do valor estimado para contratação, a fim de preservar a competitividade do certame. Afinal, impor ao licitante a necessidade de comprovação de qualificação econômico-financeira obrigatoriamente através dos índices de liquidez vai de encontro ao entendimento doutrinário e jurisprudencial pátrios, bem como dos princípios norteadores dos procedimentos licitatórios.

A comprovação do Patrimônio líquido mínimo de 10% (dez por cento) da proposta, da mesma forma do índice de liquidez, é suficiente para comprovar a situação financeira capaz de tornar o contrato exequível, o que faz com que diversos Órgãos da Administração tenham concluído pela possibilidade de comprovação por quaisquer dos dois meios mencionados, razão pela qual contrariar esse entendimento é ceifar a competitividade do certame.

Neste sentido, cumpre trazer a conhecimento que a Instrução Normativa nº 02/2010, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (SLTI/MPOG), dispõe que os atos convocatórios devem assegurar a possibilidade de apresentação alternativa do Índice de Liquidez e da comprovação de Patrimônio Líquido de 10% (dez por cento) valor estimado para contratação.

Frise-se que a capacidade econômico-financeira de uma empresa pode ser plenamente mensurada através do Patrimônio Líquido (PL), suficientes para garantia do adimplemento contratual, razão pela qual o não atendimento aos índices contábeis exigidos no Edital não prejudica a comprovação da capacidade financeira do licitante. Dessa explanação, ainda, depreende-se que o objetivo da Administração não é inserir no Edital o maior número de exigências possíveis, mas apenas aquelas suficientes a revelar a capacidade econômico-financeira do licitante. Por conseguinte, o que importa para o Poder Público é a garantia de cumprimento do contrato, motivo pelo qual, se apenas uma das exigências forem suficientes para assegurar o cumprimento das obrigações contratuais, estarão perfeitamente cumpridas as premissas da lei.

Além disso, na fase preparatória da licitação cabe à Administração, após a definição de quais índices serão adotados e como os dados contábeis de cada exercício serão analisados, com a devida justificativa, em conformidade com o artigo 18, inciso IX, da Lei nº 14.133/2021.

Desta feita, torna-se imperioso frisar que o presente apontamento, como participação na Consulta Pública, não visa questionar a legitimidade da exigência de documentação para a comprovação de solidez econômica das licitantes, mas, sim, reivindicar a obrigatoriedade de estabelecimento da apresentação de patrimônio líquido mínimo de até 10% (dez por cento) do valor do contrato como qualificação, assegurado aos licitantes pelas disposições legais e entendimentos doutrinários e jurisprudenciais pátrios exaustivamente expostos.

Dessa forma, de cunho sugestivo, pede-se que seja estabelecido, como atestado de capacidade econômica da licitante, alternativamente a comprovação do patrimônio líquido de até 10% (dez por cento) do valor da contratação, em conformidade com a

legislação vigente, respeitando-se, dessa forma, os princípios da competitividade e da busca pela proposta mais vantajosa.

Termo de Referência

7.10. Remoção

7.10.1. A CONTRATADA deverá disponibilizar, quando necessário, serviço próprio ou contratado de remoção para todos os beneficiários, sem ônus para estes, seja entre hospitais, entre hospitais e domicílio, ou quando recomendado pelo médico, o serviço de Home Care.”

Está correto nosso entendimento que as remoções atenderão as orientações da ANS? Levando-se em consideração de demais tipos de remoções são de responsabilidade do SAMU e beneficiário?

8.5 Programa de Internação Domiciliar - Home Care

“8.5.1. Disponibilizar serviço de Home Care, quando necessário e prescrito pelo médico, sem ônus ao beneficiário.”

Está correto nosso entendimento de que a cobertura de Home Care é prerrogativa da operadora, tendo em vista que não há previsão junto ao ROL da ANS?

8.8. Das Redes de Atendimento Sugestão de Descritivo:

A CONTRATADA deverá oferecer de 3 tipos e redes de atendimento, ficando a critério do beneficiário a escolha do hospital e laboratório para seu atendimento*.

*dentro da rede credenciada do plano pelo qual se vincula (acatar)

Quanto aos Planos:

i. A exigência de disponibilização de 20 hospitais apenas para o plano Padrão enfermaria, somando mais 9 hospitais e para o plano Padrão Intermediário, e ainda, mais 3 hospitais para o plano Apartamento Plus, além de mais outros 9 hospitais para Grande São Paulo, Baixada Santista, Campinas e Região, totalizando 41 hospitais é uma exigência extremamente excessiva para atendimento de 1.500 vidas.

ii. A Exigência de 3 hospitais com pronto socorro em São Paulo e demais capitais, tornam o plano Nacional e não Estadual.

iii. Quanto a exigência de duas maternidades, é importante esclarecer se serão duas maternidades no geral ou em cada região.

iv. E quanto as regiões, está correto nosso entendimento de que se trata das Zonas Leste, Oeste, Norte e Sul de São Paulo? E grande São Paulo

v. Qual a quantidade de laboratórios para cada plano, levando em consideração a quantidade de vidas distribuídas por municípios?

vi. É importante levar também em consideração, e informar a distribuição de vidas por município para que haja o devido estudo para a exigência de rede, para que não haja oneração indevida da contratação.

10. DA MUDANÇA DE PLANO

É importante consignar a mudança de planos quando do aniversário do contrato, para que não haja anti seleção, ou seja, mudanças de planos apenas quando do interesse ou necessidade de utilização de um plano superior e/ou inferior. Em caso de mudança de plano antes do aniversário do contrato, deverá haver cumprimento de carência.

Questionamentos

1. Está correto o nosso entendimento que a adesão ao Plano Básico será obrigatória?
2. Está correto nosso entendimento que as carências atenderão aos prazos da ANS?

3. Podemos entender que para assegurar o atendimento, em não havendo alguma especialidade, a cobertura estará garantida considerando inclusive os municípios limítrofes, região de Saúde e telemedicina para cumprimento da RN 566/2022?
4. Com relação à rede de atendimento, em alguns locais a prestação dos serviços poderá ser oferecida por meio da rede credenciada de operadora parceira (rede indireta)? Entendemos que essa possibilidade é mais um referencial para garantia de atendimento. O entendimento está correto? Está correto nosso entendimento de que o reembolso será de acordo com a tabela da operadora?
5. Está correto nosso entendimento de que o reembolso terá cobertura nacional apenas em casos de urgência/emergência, conforme RN 566/2022? Qual a data prevista para início da prestação dos serviços?
6. Qual será o período de adesão ao plano?
7. Está correto nosso entendimento que mudanças de planos só poderão ocorrer no aniversário do contrato, a fim de evitar a antiseletividade?
8. Está correto o nosso entendimento que as carteirinhas e manuais poderão ser disponibilizados apenas por meio virtual?
9. Podemos entender que as movimentações cadastrais dos beneficiários (inclusão, alteração, exclusão) serão feitas por servidor indicado pelo órgão em sistema próprio da operadora? Está correto nosso entendimento?
10. Está correto nosso entendimento que as movimentações cadastrais seguirão o fluxo abaixo?
 - a. inclusões, alterações e exclusões processadas em sistema até o dia 20 do mês corrente, serão efetivadas no dia 1 do mês subsequente.
 - b. Inclusões, alterações e exclusões processadas em sistema entre os dias 21 e 31 do mês corrente, serão efetivadas no dia 1 do segundo subsequente.
11. Podemos entender que o edital prevê a inclusão de beneficiários inativos, em tabediferente da de ativos?
 - O Tema 1034 do STJ (Recursos Repetitivos) estabeleceu que inativos mantidos em plano de saúde empresarial (art. 31, Lei 9.656/98) devem ter paridade com ativos, incluindo igualdade de modelo de pagamento, cobertura e valor de contribuição ▪ Custeio pelo Inativo: O aposentado assume o custo integral, que pode ser calculado pela soma da sua cota-parte com a parcela paga pelo empregador (subvenção) dos ativos.
12. Quanto a coparticipação, os valores serão revertidos para a operadora?
13. Como será realizado o pagamento da coparticipação para a operadora?
14. A prestação de serviço poderá ser de forma indireta?
15. Está correto nosso entendimento de que os casos de urgência e emergência podem ser atendidos por meio de rede do Sistema ABRAMGE?
16. Está correto nosso entendimento de que as internações psiquiátricas deverão obedecer a RN465/21 da ANS?
17. Está correto o nosso entendimento de que as carteiras de identificação dos beneficiários poderão ser emitidas e disponibilizadas em formato digital (online)?
18. Na hipótese de inexistência de contrato vigente com algum dos hospitais credenciados indicados como exigência obrigatória no Termo de Referência, será admitida a substituição por outro igual ou equivalente?

RESPOSTA 2: Agradecemos seu interesse e a participação na Consulta Pública realizada visando a contratação de empresa para PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, HOSPITALAR, CIRÚRGICA, AMBULATORIAL E OBSTÉTRICA À SAÚDE, aos empregados e diretores da Empresa de Tecnologia da Informação e

Comunicação do Município de São - PRODAM-SP S/A e seus dependentes e esclarecemos que o Termo de Referência encontra-se em revisão pelo time técnico, que envidará esforços na construção de um documento que permita uma contratação assertiva e responsável, de acordo com nossas possibilidades.

EMPRESA 3: GALLAGHER

PERGUNTA 3:

1. Não identifiquei a base completa para cotação (contendo sexo, idade, titularidade, plano atual, prêmio atual, cidade e estado);
2. Relatório de sinistralidade com os maiores usuários (evolução dos últimos 12 meses);
3. Como possuem demitidos e aposentados, deverão ser apontados na base de ativos;
4. Não há a menção de colaboradores afastados, se houver, informar o CID e identificá-los na base de vidas E adiciono alguns questionamentos apontados no início do processo, os quais não identifiquei no arquivo enviado:
5. Apenas para confirmar, a modalidade de contratação será compulsória para o plano básico enfermária com livre upgrade para os planos superiores, correto? Sendo a contribuição do colaborador a diferença de custo do plano básico
6. Necessário considerar algum benefício extra ao Rol da ANS não especificado em edital? (ex checkup, remissão,...)
7. Reembolso – será considerado reembolso padrão das operadoras ou conseguimos ao menos o reembolso de consultas para equiparação?

RESPOSTA 3: Agradecemos seu interesse e a participação na Consulta Pública realizada visando a contratação de empresa para PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, HOSPITALAR, CIRÚRGICA, AMBULATORIAL E OBSTÉTRICA À SAÚDE, aos empregados e diretores da Empresa de Tecnologia da Informação e Comunicação do Município de São - PRODAM-SP S/A e seus dependentes e esclarecemos que o Termo de Referência encontra-se em revisão pelo time técnico, que envidará esforços na construção de um documento que permita uma contratação assertiva e responsável, de acordo com nossas possibilidades.

INTERESSADO Nº 4 (Pessoa física)

PERGUNTA 4:

1. Muitas pessoas foram prejudicadas na restituição do IR, por conta do plano de saúde. Eu mesmo estou com 2 restituições paradas, e o motivo alegado está em divergência de informações do plano de saúde. Acho importante que no contrato ou em algum lugar exista uma cláusula de apoio ou resolução a esse tipo de problema, para que as pessoas não fiquem retidas na malha fina. Na ocasião é importante entender como essas informações seguirão, se um arquivo será gerado para importar no programa da receita, se tem uma equipe dedicada para esse suporte, se continuará no informe da ProdAm... esse ponto é relevante, porque a justificativa da retenção na receita, menciona que a UNIMED declarou valor divergente do que consta em nosso informe de rendimentos. Essa divergência está trazendo um prejuízo elevado a diversos colaboradores da ProdAm que esperam e até contam com esse valor a ser recebido.
2. É importante existir uma cláusula de garantia de rede credenciada, muitas vezes consultávamos no site uma médica e ao tentar atendimento com a mesma, era

informado que não atendia mais ou tinha sido descredenciada(o). Se existir uma garantia de atualização mensal pelo menos dessa rede, já há um certo ganho para os funcionários. Acho que esse assunto sobre a rede de atendimento atualizada, deve entrar na mesa de negociação. Também é pertinente averiguar a possibilidade de que a informação sobre a rede comunique se existe atendimento remoto também (telemedicina).

3. Existe uma burocracia elevada hoje com token, biometria, para liberar algumas coisas. Considerando que problemas técnicos podem ocorrer em apps e nos momentos mais críticos, é importante checar quais opções são possíveis para atendimento dos assegurados. Por que há resistência no uso de carteirinha na emergência e o app para formalizar coisas mais complexas?

4. Sugiro futuramente estabelecer um método de recomendação e avaliação de médicos no formato que existe hoje na ProdAm, onde os próprios colaboradores avaliam e recomendam médicos e serviços.

RESPOSTA 4: Agradecemos a participação na Consulta Pública e o envio de sugestões e esclarecemos que o Termo de Referência se encontra em revisão pelo time técnico, que buscará o equilíbrio entre as solicitações dos empregados e a necessidade de manter a sustentabilidade financeira do Plano de Saúde.

INTERESSADO Nº 5 (Pessoa física)

PERGUNTA 5:

Faço minhas considerações em relação ao plano antigo (Gama) comparado ao atual (Unimed). Eu considerava o Gama muito bom.

No antigo plano da Gama o Hospital São Camilo Ipiranga tinha cobertura para consultas e internações. Hoje no Unimed só tem Pronto Socorro.

Então sugiro que esse Hospital e as consultas estejam contempladas no novo plano.

Em relação a valores, o que eu pagava antes no Gama Premium/apartamento, passei a pagar no Unimed básico/enfermaria. Houve um aumento muito grande. Acredito que essa foi a principal queixa dos funcionários da ProdAm no novo plano.

O adicional por pessoa é muito oneroso para mim, tendo em vista que eu tenho 8 filhos ainda dependentes e esposa. Poderia haver o adicional por pessoa que diminui progressivamente.

RESPOSTA 5: Agradecemos a participação na Consulta Pública e o envio de sugestões e esclarecemos que o Termo de Referência se encontra em revisão pelo time técnico, que buscará o equilíbrio entre as solicitações dos empregados e a necessidade de manter a sustentabilidade financeira do Plano de Saúde.

INTERESSADO Nº 6 (Pessoa física)

PERGUNTA 6:

1. REDE CREDENCIADA MÍNIMA OBRIGATÓRIA (Hospitais, Maternidades e Laboratórios) Referência na Minuta 2025: Termo de Referência, Item 8.8. Referência no Contrato Vigente (2022): Termo de Referência, Item 9.8 e FAQ Oficial (Itens 16 a 20).

- Fato: A minuta de 2025 utiliza termos genéricos e reduz a exigência quantitativa de prestadores. O Edital de 2022 listava nominalmente 26 hospitais e 14 laboratórios no plano básico, além de exigir obrigatoriamente 02 maternidades. O FAQ atual confirma

uma rede regional (Litoral/ABC) muito superior à exigência genérica da nova minuta ("3 hospitais").

- Justificativa: A ausência de lista nominal gera insegurança jurídica e risco de descontinuidade de tratamentos. A exigência nominal dos prestadores abaixo não configura direcionamento nem restrição à competitividade, pois trata-se da manutenção da rede histórica já utilizada (Status Quo), amparada pelo princípio da proibição do retrocesso social e da continuidade dos serviços de saúde. A exclusão desses prestadores alteraria o equilíbrio qualidade/custo que os empregados possuem hoje.

PROPOSTA DE REDAÇÃO: "A CONTRATADA deverá garantir a manutenção da rede credenciada nominal abaixo. A substituição de qualquer prestador listado somente será permitida mediante comprovação objetiva de equivalência técnica, geográfica e de reputação, aprovada pela Contratante. Fica estabelecida a obrigatoriedade da seguinte rede mínima:

1.1. Padrão Enfermaria (Referência Básico): Deve contemplar a totalidade dos prestadores previstos no Edital 07.002/2022 e as melhorias do FAQ:

- Hospitais (Direito Adquirido 2022): Hospital Albert Sabin, Hospital AACD, Hospital Alvorada Moema, Hospital Le Forte (Liberdade), Hospital CEMA, Hospital do Rim e Hipertensão, Hospital do Sepaco, Hospital Santa Marcelina, Hospital Edmundo Vasconcelos, Hospital IGESP, Hospital Metropolitano Lapa, Hospital Nipo-Brasileiro, Hospital Paulista, Hospital das Clínicas, Hospital da Criança, Hospital Rubem Berta, Hospital San Paolo, Hospital Santa Cruz, Hospital Santa Isabel, Hospital Santa Rita, Hospital Santa Virgínia, Hospital São Camilo (Ipiranga e Santana), Hospital São Paulo, Hospital Villa Lobos e IBCC.
- Maternidades (Obrigatórias): Hospital do Sepaco (Ref. FAQ/Edital), Hospital Nipo-Brasileiro, Hospital Metropolitano Lapa, Hospital das Clínicas (Ref. FAQ Item 17).
- Inclusão Obrigatória (FAQ Vigente): Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo (BP) e Hospital A.C. Camargo (Referência Oncológica), garantindo o acesso a estes desde o plano de entrada (Ref. FAQ Itens 16 e 17).

- Laboratórios (Edital 2022 + FAQ Item 20): CDB (Brasil 350), Cuore, Charles Guelfond, Crya, Dimagem, Endomed, Gimi, Mello, Pathos, UCB. E mais: A+ Medicina Diagnóstica, Cura, Salomão & Zoppi, Lavoisier, NASA, Femme, Hermes Pardini e Clínica Schmillevitch.

1.2. Rede Regional Obrigatória (Grande SP e Litoral - Fonte FAQ Itens 18 e 19): O Edital 2022 exigia apenas quantidade mínima, mas o FAQ atual consolidou os seguintes prestadores que devem ser mantidos nominalmente a partir da rede Básica:

- ABC (Santo André/SBC/S.Caetano): Hospital e Maternidade Brasil, Hospital e Maternidade Christóvão da Gama, Hospital Assunção e Beneficência Portuguesa de São Caetano.
- Guarulhos: Hospital Unimed Guarulhos (Unidade II) e Hospital Bom Clima.
- Outras Cidades da Grande SP: Hospital e Maternidade Nova Vida (Itapevi), Innova Hospital (Diadema) e Family Hospital (Taboão da Serra).
- Baixada Santista e Litoral: Hospital Ana Costa (Unidades Santos, Cubatão e Guarujá), PS Ana Costa (Praia Grande), Santa Casa de Santos, Hospital São Lucas de Santos, Hospital Guarujá, Hospital São José (São Vicente), Hospital de Clínicas de São Sebastião e Santa Casa de Ubatuba.

1.3. Padrão Intermediário (Referência Dinâmico): Toda a rede anterior, acrescida dos prestadores previstos no Edital 2022 e FAQ:

- Hospitais: InCor (Fundação Zerbini), Hospital Avicena, Hospital Santa Joana, Hospital Infantil Sabará, GRAACC, Hospital Nove de Julho, Hospital Paulistano, Hospital Santa Paula, Hospital São Luiz (Jabaquara).
- Maternidades (Upgrade): Hospital Santa Joana (Ref. Edital/FAQ), Hospital Pro Matre Paulista (Ref. FAQ Item 17) e Hospital Samaritano (Ref. FAQ Item 17).
- Inclusão Obrigatória (FAQ Vigente): HCor, Hospital Alemão Oswaldo Cruz (Vergueiro), Hospital Pro Matre e Hospital Samaritano.
- Laboratórios (Upgrade - FAQ Item 20): Inclusão obrigatória de Alta Excelência Diagnóstica, CDB Premium e Delboni Auriemo (Mega Unidade).

1.4. Padrão Apartamento Plus (Referência Líder): Toda a rede anterior, acrescida de:

- Hospitais (Edital 2022): Hospital Sírio Libanês, Hospital Alemão Oswaldo Cruz (Paulista), Hospital Mirante, Hospital Santa Catarina, Hospital Leforte (Morumbi), Hospital São Camilo (Pompéia) e Rede D'Or São Luiz (Itaim, Morumbi e Anália Franco).
- Maternidade Premium: Hospital Israelita Albert Einstein – Unidade Morumbi (Ref. FAQ Item 17).
- Laboratórios Premium (FAQ Item 20): Inclusão obrigatória de Fleury e Club D.A."

2. ATENDIMENTO AMBULATORIAL (Consultas, Exames e Internações Eletivas) Referência na Minuta 2025: Termo de Referência, Item 7.6 (Redação Genérica). Referência no Contrato Vigente (2022): Não há previsão específica de hospitais para atendimento ambulatorial no TR 2022; Referência FAQ: Item 16; Outras referências: Rede Credenciada (App) / Prestadores (prática vigente).

- Fato: O contrato atual, na prática, assegura aos beneficiários o acesso integral aos hospitais de referência (ex: BP, Nipo-Brasileiro, Edmundo Vasconcelos). Isso significa que o usuário pode realizar desde a consulta ambulatorial e exames agendados até a internação cirúrgica eletiva no mesmo local. A minuta de 2025 não especifica esse escopo, permitindo que a futura operadora contrate esses hospitais apenas para "Pronto-Socorro", bloqueando o acesso à agenda de cirurgias e exames.

- Justificativa: A restrição do credenciamento hospitalar apenas à "Urgência/Emergência" descaracteriza a qualidade do prestador e rompe a linha de cuidado. Pacientes oncológicos e crônicos necessitam de integração entre consultório, centro de diagnóstico e centro cirúrgico no mesmo nosocômio. A simples "presença" do hospital na lista não garante o atendimento se o escopo for limitado. A exclusão das Internações Eletivas e Consultas configuraria um downgrade severo, transformando hospitais de alta complexidade em meros prontos-socorros de passagem, o que fere o princípio da continuidade do tratamento e a integralidade da assistência já usufruída pelos empregados. Solicita-se a inclusão/disponibilização de consultas no plano de entrada para o Hospital Edmundo Vasconcelos, como uma adição chave, justificada pela proximidade imediata com a nova unidade da Prodam, situada na Rua Pedro de Toledo. A curta distância entre as instituições (menos de 1km) oferece um diferencial logístico importante, otimizando o tempo de acesso em caso de necessidade. Adicionalmente, a solicitação de inclusão do Hospital 9 de Julho justifica-se pela necessidade de adequação à demanda reprimida e melhoria da qualidade assistencial, permitida em novos processos licitatórios que visam a modernização do benefício

PROPOSTA DE REDAÇÃO:

"A rede credenciada deverá garantir o Atendimento Hospitalar Integral nos prestadores de referência listados, vedada a contratação restrita apenas a Pronto-Socorro. O escopo obrigatório deve contemplar:

1. Consultas Ambulatoriais com hora marcada;
2. Exames de Apoio Diagnóstico (eletivos/agendados);

3. Internações Clínicas e Cirúrgicas Eletivas (programadas).

Fica estabelecida a obrigatoriedade deste escopo nos seguintes moldes:

Manutenção Obrigatória (Direito Adquirido): Garantir consultas nos hospitais que já oferecem esta modalidade na vigência atual, conforme as seguintes fontes:

- FAQ Item 16: Hospital Beneficência Portuguesa (BP), Hospital Nipo-Brasileiro a partir da rede Básica, e Hospital Edmundo Vasconcelos para as redes Dinâmico e Líder.
- Rede Credenciada Vigente (Consulta App/Prestadores): Hospital das Clínicas (HC) e Hospital A.C. Camargo (garantia de integralidade do tratamento oncológico) a partir da rede Básica.
- Hospital Edmundo Vasconcelos (Extensão para o Básico): Estender o atendimento ambulatorial deste prestador para o Plano Básico (Enfermaria), justificada pela proximidade geográfica com a nova unidade da ProdAm na R. Pedro de Toledo.
- Ampliação de Escopo (Solicitação de Melhoria): Incluir atendimento ambulatorial no Hospital 9 de Julho, considerando a alta demanda de pacientes que necessitam de acompanhamento clínico integrado no mesmo local da internação
- Cláusula Geral de Manutenção: A CONTRATADA obriga-se a manter o credenciamento ambulatorial de todos os demais hospitais, clínicas e centros de diagnóstico não listados acima, mas que atualmente prestam serviços de consultas e exames eletivos aos beneficiários, vedada a exclusão deste tipo de serviço na renovação da rede."

3. REEMBOLSO E LIVRE ESCOLHA Referência na Minuta 2025: Termo de Referência, Item 11. Referência no Contrato Vigente (2022): Termo de Referência, Item 12.4 e FAQ Item 21.

- Fato: A minuta de 2025 restringe o reembolso apenas a urgências em trânsito. O contrato atual (Item 12.4) e o FAQ (Item 21) garantem explicitamente a "Livre Escolha". O Item 22 do FAQ detalha o reembolso para procedimentos eletivos, citando inclusive "honorários de cirurgias"
- Justificativa: A "Livre Escolha" é um instituto consolidado no contrato vigente e incorporado ao patrimônio jurídico dos beneficiários. Sua exclusão configura alteração unilateral lesiva das condições de saúde. A retirada desta cláusula elimina a flexibilidade do beneficiário de escolher sua equipe médica de confiança. A manutenção deste item é essencial para terapias continuadas (psicologia/fonoaudiologia) com profissionais de confiança, minimizando o risco de judicialização contra a PRODAM.

PROPOSTA DE REDAÇÃO:

"Restabelecer a redação do item 12.4 do Edital 07.002/2022, assegurando o direito à Livre Escolha para:

- Consultas Médicas Eletivas;
- Terapias (Psicoterapia, Fonoaudiologia, etc.);
- Exames Básicos;
- Honorários Médicos Cirúrgicos (Cirurgiões, Anestesiistas e Auxiliares).

Os valores deverão seguir tabela da operadora compatível com os múltiplos praticados atualmente, mantendo o prazo de pagamento em até 30 dias."

4. ÍNDICE DE REAJUSTE FINANCEIRO Referência na Minuta 2025: Termo de Referência, Item 16.1. Referência no Contrato Vigente (2022): Edital, Item 17.1.

- Fato: A minuta propõe o índice "VCMH/Operadora". O contrato de 2022 utilizava o "VCMH/IESS".
- Justificativa: O uso de índice exclusivo da operadora ("caixa preta") fere os princípios da Publicidade e da Transparência Administrativa. O índice VCMH/Operadora é historicamente superior aos índices de mercado e auditável apenas internamente. A

Administração Pública deve pautar-se por indexadores públicos e independentes (como IESS ou IPCA) para garantir a economicidade do contrato a longo prazo.

PROPOSTA DE REDAÇÃO:

"O reajuste deverá ser balizado por índice público e independente, preferencialmente o VCMH/IESS (conforme Item 17.1 do Edital 07.002/2022) ou IPCA + Fator Moderador, vedada a aplicação de índice exclusivo da operadora."

5. LIMITES DE PREÇO PARA UPGRADE (Travas) Referência na Minuta 2025: Anexo VII - Modelo de Proposta. Referência no Contrato Vigente (2022): Termo de Referência, Itens 15.1.2 e 15.1.3.

- Fato: Foram removidas as travas percentuais de preço entre os planos.
- Justificativa: A ausência de travas permite a prática de "preço de mergulho" no plano básico (para vencer a licitação) compensado por preços abusivos nos planos superiores (subsídio cruzado). As travas de 35% e 75% garantem a proporcionalidade justa e protegem o beneficiário de reajustes distorcidos no upgrade.

PROPOSTA DE REDAÇÃO:

"Manter as travas de proporcionalidade do Edital 2022 (Itens 15.1.2 e 15.1.3): O valor do Plano Intermediário não poderá exceder 35% do valor do Plano Enfermaria, e o Plano Apartamento Plus não poderá exceder 75% do valor do Plano Enfermaria." .
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA Referência na Minuta 2025: Termo de Referência, Item 6.1. Referência no Contrato Vigente (2022): Termo de Referência, Item 7.1.

- Fato: A minuta reduz a abrangência eletiva para "Estadual".
- Justificativa: A restrição geográfica representa redução de escopo contratual injustificada, penalizando beneficiários com residência em trânsito ou dependentes que residam fora do estado (estudantes, por exemplo).

PROPOSTA DE REDAÇÃO: "Manter a redação do Item 7.1 do Termo de Referência do Edital 07.002/2022: 'A cobertura oferecida pela CONTRATADA terá abrangência nacional, assegurando atendimentos eletivos e de urgência em todo o território nacional'."

7. JANELA DE MIGRAÇÃO DE PLANO Referência na Minuta 2025: Termo de Referência, Itens 10.1 e 10.3. Referência no Contrato Vigente (2022): Termo de Referência, Itens 11.1 e 11.4.

- Fato: A minuta de 2025 reduz o prazo para migração de plano (início de contrato e admissão) de 90 dias para 30 dias.
- Justificativa: O prazo de 30 dias é exíguo para que o beneficiário avalie a rede e tome uma decisão financeira consciente. A redução prejudica o planejamento familiar do colaborador.

PROPOSTA DE REDAÇÃO:

"Manter o prazo estipulado no Edital 07.002/2022 (Item 11.1): Será assegurada a possibilidade de mudança de plano sem carência nos primeiros 90 (noventa) dias corridos de vigência do Contrato ou da data de admissão do empregado."

RESPOSTA 6: Agradecemos a participação na Consulta Pública e o envio de sugestões e esclarecemos que o Termo de Referência se encontra em revisão pelo time técnico, que buscará o equilíbrio entre as solicitações dos empregados e a necessidade de manter a sustentabilidade financeira do Plano de Saúde.

PERGUNTA 7:

Minha Família mora no Interior, na Cidade de Araçatuba-SP. Eu também fico lá aos finais de semana. Então é importante que o novo plano de Saúde atenda nessa cidade.

RESPOSTA 7: Agradecemos a participação na Consulta Pública e o envio de sugestões e esclarecemos que o Termo de Referência se encontra em revisão pelo time técnico, que buscará o equilíbrio entre as solicitações dos empregados e a necessidade de manter a sustentabilidade financeira do Plano de Saúde.

Observação: **A identificação dos consulentes (pessoas físicas) foi suprimida no presente documento, em observância às disposições da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), com a finalidade de resguardar os dados pessoais envolvidos.**