

À

Companhia de Desenvolvimento Industrial do Estado do Rio de Janeiro.

At.: Comissão Permanente de Licitações.

Referente: Pregão Eletrônico nº 003/2021.

Data da Licitação: 24/11/2021 às 11:00 hrs.

SOLICITAÇÃO DE ESCLARECIMENTOS

Prezada Comissão,

A **UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A.**, com sede na Alameda Ministro Rocha Azevedo, nº 346, Bairro Cerqueira César, São Paulo, CEP 01410-901, inscrita no CNPJ sob o nº 04.487.255/0001-81, interessada em participar deste processo licitatório, vem à presença de V.Sas., solicitar **ESCLARECIMENTOS** sobre as disposições contidas no ato de convocação epigrafado, conforme adiante se especifica:

PERGUNTA 01: Por favor informar se as condições do produto abaixo transcritas, serão aceitas pela EMATER-RJ:

O serviço de Home Care poderá ser concedido, a critério da SEGURADORA, desde que:

- a. O paciente esteja hospitalizado, com previsão de alta hospitalar, com a necessidade da continuidade do tratamento que possa ser prestado em ambiente domiciliar;
- b. A continuidade do tratamento será por período determinado e embora possa ser prolongado, terá condição de futura alta;
- c. O paciente resida em uma área com infra-estrutura adequada para conduzir os cuidados e tratamentos conforme prescrição médica;
- d. Possua solicitação do Médico Assistente, responsável pelo paciente, constando claramente o pedido de Assistência Domiciliar, bem como, dos cuidados técnicos necessários;
- e. Que o paciente tenha um cuidador ou acompanhante responsável durante a prestação do serviço;
- f. Que seja permitido livre acesso de profissional especialmente designado pela SEGURADORA para visita e avaliação dos serviços prestados.
- g. A operadora de saúde analisará a solicitação de atenção domiciliar do médico assistente por meio de avaliação in loco do prestador contratado na nossa rede e fará autorização do plano de atendimento domiciliar mediante pertinência técnica e instrumentos de avaliação validados na literatura médica.
- h. O período do tratamento domiciliar será determinado mediante análise mensal do caso e prorrogado enquanto houver pertinência técnica.

Item 18.5, página 41 do edital: 18.5 O plano de assistência médica, clínica, hospitalar, obstetrícia, ambulatorial e laboratorial DEVERÁ SER sem carência para prestação dos serviços aos beneficiários e dependentes incluídos e a serem incluídos durante a vigência do contrato.

PERGUNTA 02: Por favor confirmar o entendimento de que não será aplicada de carência e CPT, desde que o beneficiário seja incluído no prazo de 30 dias da contratação ou 30 dias a partir do seu vinculado com o ente licitante, nos termos dos artigos 6 e 7 da RN 195 ANS.

Item 20, página 44 do edital: DA REMOÇÃO

PERGUNTA 03: Por gentileza ratificar o entendimento de que O atendimento de remoção da operadora está limitado ao previsto Na Lei 9.656/98, a Resolução Normativa nº 347/2014 e eventuais alterações pertinentes a matéria da ANS, que dispõe sobre a cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência.

PERGUNTA 04: Pedimos a gentileza do Órgão nos informar a dotação orçamentária deste processo licitatório.

PERGUNTA 05: Favor ratificar o nosso entendimento de que o serviço prestado será na modalidade Ambulatorial + Hospitalar Com Obstetrícia, em acomodação enfermagem, com cobrança de prêmios por faixa etária e sem coparticipação.



Item 19, página 43 do edital: DOS BENEFICIÁRIOS

PERGUNTA 06: Por gentileza ratificar a informação de que os titulares possuem vínculo coletivo empresarial com o CNPJ informado, conforme dispõe o artigo 5º RN 195.

PERGUNTA 07: Por gentileza confirmar o entendimento de que o plano especificado no Edital será 100% pago pelo Órgão, ou seja, não haverá contributividade do funcionário. Ademais, a movimentação para plano superior será com contribuição do funcionário. Neste caso, favor nos informar o valor.

PERGUNTA 08: Por gentileza confirmar que as 162 vidas correspondem a 100% do FGTS do CNPJ informado.

PERGUNTA 09: Neste grupo constam afastados, casos crônicos, internações em andamento, casos de home care, gestantes ou remidos? Favor detalhar:

- afastados, casos crônicos, internações em andamento, casos de home care: CIDs e, se possível, relatório médico atualizado.

- gestantes: quantidade

- remidos: quantidade e data fim de vigência

PERGUNTA 10: Para que a precificação possa ser realizada de maneira assertiva, por gentileza nos informar os dados abaixo:

- Quantidade de vidas por Município/UF.

- Quantidade específicas de agregados, o grau de parentesco com o titular e se estão no plano atual.

- Plano atual: relatório de sinistralidade com prêmio, sinistro e evolução de vidas dos últimos 12 meses, distribuição de vidas e prêmios por plano, coparticipação atual e procedimentos na qual incidem, maiores utilizadores com CID e/ou patologia da doença, juntamente com o valor gasto mês a mês.

Item 18.18, página 40 do edital: A LICITANTE VENCEDORA DEVERÁ aceitar todos (as) os (as) filhos (as) dos beneficiários titulares maiores de 24 (vinte e quatro) anos que manifestem o interesse de ingressar no plano de assistência médica, clínica, hospitalar, obstetrícia, ambulatorial e laboratorial independente de se encontrarem ou não no Plano Vigente. O plano será custeado integralmente pelo beneficiário titular com recursos próprios, com cobrança feita mediante boleto bancário e sem qualquer participação da CODIN.

PERGUNTA 11: Por favor ratificar o nosso entendimento de que não ocorrerão inclusões posteriores a implantação de novos filhos maiores de 24 (vinte e quatro) anos, mas somente a manutenção daqueles filhos que já estiverem ativos e passarem para essa condição.

Item 18.18, página 40 do edital: 18.19 A LICITANTE VENCEDORA DEVERÁ aceitar todos(as) os(as) demitidos ou exonerados sem justa causa e ex-empregados(as) aposentados(as) que contribuíram para o plano de saúde contratado, em decorrência de vínculo empregatício, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, que manifestem o interesse de ingressar no plano de assistência médica, clínica, hospitalar, obstetrícia, ambulatorial e laboratorial, que será custeado integralmente pelo beneficiário titular com recursos próprios, com cobrança feita mediante boleto bancário, sem qualquer participação da CODIN. (Art. 4º Resolução Normativa - RN Nº 279/2011).

PERGUNTA 12: Por favor ratificar o nosso entendimento de que todos os inativos estão em conformidade com a RN 279/2011.

Item 24, página 40 do edital: 24. DO REEMBOLSO

24.1 Para PLANO DE SAÚDE BÁSICO não haverá reembolso, exceto para os determinados pela legislação vigente.

24.2 Caso o beneficiário titular e seus dependentes tenham feito a transferência para um plano superior ao contratado pela CODIN, reembolso das despesas se dará em conformidade com as regras e valores estabelecidos pela ANS, após a entrega da documentação adequada.

PERGUNTA 13: Por gentileza ratificar o entendimento de que as licitantes poderão apresentar planos com reembolso livre escolha de acordo com a tabela da operadora/seguradora para o plano básico, ou seja, quando o beneficiário escolhe o recurso/médico que gostaria de utilizar, mesmo que haja recurso similar disponível na rede credenciada da operadora/seguradora. Caso negativo, explicar detalhadamente.

Item 25, página 45 do edital: 25. DO REAJUSTE

PERGUNTA 14: Por Favor ratificar o nosso entendimento de que, visando manter o equilíbrio econômico do Contrato, os prêmios deste Seguro serão reajustados no final de cada vigência anual do Contrato, onde:

a) Se a sinistralidade apurada no período de avaliação estiver abaixo do Break Even de 70%: será aplicado o Reajuste Financeiro.

b) Se a sinistralidade apurada no período de avaliação estiver acima do Break Even de 70%: serão aplicados o Reajuste Financeiro e o Reajuste por Sinistralidade.

O Reajuste Financeiro corresponde à variação dos custos dos serviços médicos, dos serviços hospitalares, dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços e dos custos administrativos (VCMH), com base em cálculos atuariais da Seguradora.

O Reajuste por Sinistralidade corresponde ao percentual de reajuste identificado pela Seguradora, considerando o resultado do contrato. O percentual que será aplicado será negociado entre as partes.

PERGUNTA 15: Favor ratificar o nosso entendimento de que:

- Os valores estabelecidos pelas coberturas aqui expressas serão pagos em valores preestabelecidos., ou seja, calculados antes da utilização das coberturas contratadas.

- A emissão do faturamento basear-se-á na movimentação informada pelo Órgão à Licitante Vencedora até o dia 20 de cada mês, sendo de exclusiva responsabilidade do Órgão a comunicação, a qual deverá ocorrer no prazo da movimentação, dos pedidos de novas inclusões, reativações, exclusões e/ou suspensão individual por inadimplência do Segurado. Na falta de comunicação até essa data, o faturamento terá como base o número de Segurados do mês anterior.

- Na relação de vidas constam 162 vidas (titulares e dependentes) e 25 vidas (inativos e agregados), ou seja, o valor para participação deste certame irá considerar toda a massa.

- O valor para participação deste certame será com prêmios por faixa etária.

Item 13.2, página 35 do edital: 13.2 A título de informação, para uma maior transparência, informamos o quantitativo de vida de ex-empregados aposentados, demitidos sem justa causa (artigos 30 e 31 da Lei Federal nº 9.656/1998 e suas alterações) e agregados (filhos dos beneficiários titulares maiores de 24 anos), que poderão ou não ingressar no plano de assistência médica, clínica, hospitalar, obstetrícia, ambulatorial e laboratorial, no quadro abaixo:

PERGUNTA 16: Pedimos ao órgão esclarecer que os beneficiários supracitados serão incluídos no plano.

Item 13.2,1 página 35 do edital: 13.2.1 É garantido aos ex-empregados aposentados (inativos) o ingresso no plano de saúde, com as mesmas condições assistenciais, no que se inclui paridade na forma de atendimento e nos valores de custeio, de acordo com os valores pagos pela CODIN pelos empregados ativos. O artigo 31 da Lei 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em plano de saúde coletivo único, contendo as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço – o que inclui, para todo o universo de beneficiários, a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição.

PERGUNTA 17: A RN 279 determina que para os inativos a cobrança deverá ser por faixa etária, nos termos do artigo 16:

Art. 16. A manutenção da condição de beneficiário no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria observará as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho.



§ 1º O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária de que trata o caput do artigo 15 desta Resolução, com as devidas atualizações.

Desta forma, por gentileza confirmar que o pagamento aos inativos será realizado na modalidade faixa etária.

Itens 23.2 e 23.3, página 45 do edital: 23.2 Cobertura para cirurgia reparadora de mama, abdômen avental, inclusive ginecomastia (masculina), pitose, xantelasma, desde que seja comprovada a necessidade do ato cirúrgico por Especialista credenciado.

23.3 Cobertura, OBRIGATÓRIA, para cirurgia plástica reparadora no caso decorrente de cirurgia bariátrica, bem como nos casos de extirpação total ou parcial de mama.

PERGUNTA 18: Por favor ratificar o entendimento de que o atendimento ao item supracitado será em conformidade com a Resolução Normativa n.º 465, de 24/02/2021, suas atualizações e Diretrizes de Utilização (DUT).

Itens 18.7 e 23.5.2, página 41 e 46 do edital: 18.7 O plano de assistência médica, clínica, hospitalar, obstetrícia, ambulatorial e laboratorial DEVERÁ compreender o atendimento HOME CARE, bem como domiciliar de urgência e/ou emergência.

23.5.2 A LICITANTE VENCEDORA poderá oferecer outro tipo de programa de qualidade de vida, contudo a concessão de outros programas não a eximirá de sua obrigatoriedade dos serviços de HOME CARE.

PERGUNTA 19: Por favor ratificar o entendimento de que o atendimento de HOME CARE previsto no item 18.7 é referente a assistência domiciliar e NÃO internação domiciliar. Assistência domiciliar é o conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio, nos termos da RDC 11 do Ministério da Saúde.

Item 18.15, página 41 do edital: 18.15 Sempre que ocorrer descredenciamento ou extinção de convênios com consultórios e clínicas especializadas, hospitais ou casas de saúde a LICITANTE VENCEDORA deverá, obrigatoriamente, informar à área gestora da CODIN, o motivo do descredenciamento de forma clara, bem como, a reposição desse tipo de atendimento dentro daquela região e/ou adjacências, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o descredenciamento, mediante novo credenciamento, preservando o elevado nível de atendimento, comunicando, em seguida, à CODIN as providências adotadas.

PERGUNTA 20: Pedimos ao órgão informar se entende que a obrigação da LICITANTE VENCEDORA prevista no item 18.15 com relação aos prestadores não hospitalares (clínicas, consultórios, etc.) esta atendido ao ser feito a comunicação prévia da substituição dos prestadores no Portal Corporativo e a Central de Atendimento das operadoras com a manutenção atualizadas das informações das substituições havidas em sua rede assistencial não hospitalar para consulta pelos beneficiários, observando os critérios mínimos definidos em Instrução Normativa da DIDES. Ainda a informação será disponibilizada com antecedência mínima de 30 dias, contados da data da efetiva substituição, e deve permanecer acessível por 180 dias, conforme previsto na RN 365 da ANS.

Item 18.1, página 40 do edital: 18.1 A LICITANTE VENCEDORA compete assegurar aos beneficiários regularmente inscritos no plano de saúde, os serviços e condições descritas neste documento, observando ainda as coberturas garantidas pela Lei Federal nº 9.656/98 e suas alterações, bem como as Resoluções e disposições da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

PERGUNTA 21: Por favor ratificar o entendimento de que o atendimento às coberturas será nos termos do Rol da ANS vigente e respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) cabíveis.

Item 18.4, página 41 do edital: 18.4 O plano de assistência médica, clínica, hospitalar, obstetrícia, ambulatorial e laboratorial deve compreender cobertura de consultas médicas, cirurgias, serviços médicos, ambulatoriais, hospitalares, de diagnóstico, de tratamento, laboratoriais e de exames, procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e terapêuticos, remoções e atendimento de urgência e emergência, **DEVERÁ SER** sem limite de valor ou quantidade, ressalvado os casos expressamente indicados neste instrumento.

PERGUNTA 22: Por favor ratificar o entendimento de que o atendimento às coberturas será nos termos do Rol da ANS vigente e respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) cabíveis.

Item 18.16, página 42 do edital: 18.16 A LICITANTE VENCEDORA DEVERÁ ter 01 (uma) Central de Atendimento, (Tele Atendimento) durante as 24 horas do dia, inclusive sábados, domingos e feriados, para prestar orientações, autorizações diversas e resolver todos os assuntos ligados à prestação dos serviços, objeto da presente licitação.

PERGUNTA 23: Por favor ratificar o entendimento de que os prazos de autorizações serão de acordo com a RN 259/11 E RN 395/2016, conforme a tabela abaixo:

Serviços	Prazo máximo de atendimento (em dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regime hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato

Ademais a central de atendimento viabiliza autorizações de urgência e emergência esclarecimento de dúvidas e informações 24 horas por dia, inclusive sábados, domingos e feriados para demais autorizações. O CODIN está ciente e de acordo?

Item 18.17, página 42 do edital: 18.17 A LICITANTE VENCEDORA DEVERÁ autorizar os procedimentos cirúrgicos eletivos (programados), bem como os exames de maior complexidade no prazo máximo de até 10 (dez) dias úteis excetuando-se as hipóteses em que comprovadamente houver a utilização de próteses, matérias e equipamentos a serem utilizados no ato cirúrgico, e ainda as autorizações que dependam de segunda opinião de consultoria técnica da especialidade médica em questão, este prazo será de 21 (vinte e um) dias úteis. As marcações de consultas e exames de caráter não emergencial obedecerão, rigorosamente, as disposições editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

PERGUNTA 24: Por favor ratificar o entendimento de que os prazos de autorizações serão de acordo com a RN 259/11 e RN 395/2016.

Item 23, página 45 do edital: 23. DAS COBERTURAS

23.1 Estarão cobertos pelo Contrato, sem limite de utilização de internações, consultas, exames e demais procedimentos, todos os serviços contemplados pela Lei Federal nº 9.656/98 e suas alterações, bem como todos os procedimentos constantes no Rol de Procedimentos da ANS e suas alterações.

PERGUNTA 25: Por favor ratificar o entendimento de que o atendimento às coberturas será nos termos do Rol da ANS vigente e respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) cabíveis.

Item 18.11, página 41 do edital: 18.11 O plano de assistência médica, clínica, hospitalar, obstetrícia, ambulatorial e laboratorial PERMITIRÁ ao beneficiário titular e seus dependentes a transferência para um plano superior ao contratado pela CODIN, desde que o valor da diferença entre os planos, seja integralmente custeado pelo beneficiário titular com desconto em folha de pagamento e repassado a Operadora do Plano. Ficando assegurada esta transferência sem qualquer carência.

PERGUNTA 26: Por favor ratificar o entendimento de que as alterações de plano ficarão condicionada à análise prévia da SEGURADORA, exclusivamente no aniversário do seguro ou nos casos de mudança de categoria profissional, sendo

passível a imputação de carência para utilização dos serviços/procedimentos na nova rede referenciada, para o padrão de acomodação e múltiplos de reembolso, quando for o caso. Caso negativo, explicar detalhadamente.

Item 18.18, página 42 do edital: 18.18 A LICITANTE VENCEDORA DEVERÁ aceitar todos (as) os (as) filhos (as) dos beneficiários titulares maiores de 24 (vinte e quatro) anos que manifestem o interesse de ingressar no plano de assistência médica, clínica, hospitalar, obstetrícia, ambulatorial e laboratorial independente de se encontrarem ou não no Plano Vigente. O plano será custeado integralmente pelo beneficiário titular com recursos próprios, com cobrança feita mediante boleto bancário e sem qualquer participação da CODIN.

PERGUNTA 27: Para melhor atendimento ao item supracitado, cumpre informar que a manutenção dos filhos maiores de 24 anos deverá ser mantida no cadastro do beneficiário titular, portanto, a cobrança dos prêmios deverá ser realizada diretamente para o CODIN. O órgão está ciente e de acordo?

Item 1, página 28 do termo de referência: 1. DO OBJETIVO

O objetivo do presente Termo de Referência é traçar diretrizes para obtenção da proposta mais vantajosa na contratação de empresa de prestação de serviços de assistência médica, clínica, hospitalar, obstetrícia, ambulatorial e laboratorial, por meio de PLANO DE SAÚDE BÁSICO, COLETIVO EMPRESARIAL, que contemplarão a assistência cirúrgica, fisioterápica, psicológica, centro de terapia intensiva, farmacêutica e atendimento HOME CARE, bem como atendimento e urgência e emergência, de abrangência no Estado do Rio de Janeiro, com padrão em quarto coletivo e/ou enfermaria com banheiro, o quarto coletivo deverá ter no máximo 2 (dois) leitos, e atenderá um universo estimado de aproximadamente 162 (cento e sessenta e dois) beneficiários/mês, podendo variar para mais ou para menos, devendo atender sem carência e sem excluir doenças preexistentes ou crônicas.

PERGUNTA 28: Cumpre informar que as licitantes não garantem que em caso de internação do beneficiário, o hospital escolhido disponibilize acomodação em enfermaria com o número máximo de até 2 leitos, conforme exige o item supracitado. O CODIN RJ está ciente e de acordo?

PERGUNTA 29: As companhias seguradoras, por sua natureza, emitem apólice/fatura de seguro, ao invés de nota fiscal. Nesse sentido, as seguradoras poderão substituir a apresentação da nota fiscal pela apólice/fatura de seguro?

PERGUNTA 30: Por gentileza confirmar o entendimento de que para o cadastro da proposta, bem como para a fase de lances, deverá ser considerado o faturamento mensal x 12 meses, ou seja, o faturamento anual.

PERGUNTA 31: Por gentileza ratificar o entendimento de que as licitantes poderão apresentar planos com abrangência nacional para o plano básico. Caso negativo, por favor explicar.

PERGUNTA 32: Por gentileza esclarecer que caso a licitante não possua o total do quantitativo mínimo exigido para a região solicitada em edital, o atendimento deverá ser garantido de acordo com as regras da RN Nº 259/2011 e suas diretrizes.

PERGUNTA 33: Por favor ratificar o nosso entendimento de que no momento do cadastro no portal eletrônico www.compras.rj.gov.br, não será obrigatório anexar o arquivo contendo a proposta de preços e os documentos de habilitação. Caso negativo, explicar detalhadamente.

Item 10.5.8, página 17 do edital: O licitante detentor da melhor proposta deverá comprovar que possui responsável técnico, na Operadora ou Seguradora de Plano de Saúde, através de comprovação de possuir, profissional pertencente ao quadro da empresa, indicado para fins de comprovação da capacitação técnico-profissional, mediante a apresentação de contrato de prestação de serviços, sem vínculo trabalhista e regido pela legislação civil comum, com prazo mínimo de duração determinado, de modo a garantir a permanência do profissional durante a execução do serviço, admitida a sua substituição por profissionais de experiência equivalente ou superior, desde que aprovada pela Administração.

PERGUNTA 34: Considerando que a ficha de registro possui o salário do contratado, favor ratificar o entendimento de que diante da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, poderá ser incluído uma tarja preta nas informações salariais.



São Paulo, 16 de novembro de 2021.


Unimed Seguros Saúde S/A
CNPJ/MF nº 04.487.255/0001-81
Vinicius de Souza Sampaio
Analista de Licitações
RG nº 47.755.570-6
CPF nº 397.072.848-70

PEDIDO DE ESCLARECIMENTO: EDITAL DO PREGÃO ELETRÔNICO Nº 003/2021.

Gisele Machado Maranhão [gisele.maranho@segurosunimed.com.br]

Enviado: terça-feira, 16 de novembro de 2021 16:09

Para: Licitação

Anexos: Pedido de Esclarecimentos ~1.pdf (582 KB)

Prezada Comissão, boa tarde!

A **UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A**, com sede na Alameda Ministro Rocha Azevedo, nº 346, Bairro Cerqueira César, São Paulo, CEP 01410-901, inscrita no CNPJ sob o nº 04.487.255/0001-81, interessada em participar deste processo licitatório, vem à presença de V.Sas., solicitar ESCLARECIMENTOS sobre as disposições contidas no ato de convocação epigrafado, conforme pedido anexo.

Obrigada!

Atenciosamente.

Gisele Machado Maranhão

Área Técnica- Unidade de Licitações

Fone: 11 – 3265-9452

gisele.maranho@segurosunimed.com.br

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by **E.F.A. Project**, and is believed to be clean.

[Click here to report this message as spam.](#)