

Brasília, 03 de setembro de 2021.

Ao  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA - **MJSP**  
COMISSÃO ESPECIAL DE LICITAÇÕES  
DIVISÃO DE PROMOÇÃO À SAÚDE  
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2021  
PROCESSO Nº 08007.006566/2019-13

Assunto: Pedido de Esclarecimentos.

Prezados Senhores,

A Elo Administradora de Benefícios, inscrita no CNPJ sob o nº 13.122.792/0001-19 e registrada na ANS sob o nº 41842-1, interessada em participar deste certame, cujo objeto transcrevemos a seguir, vem respeitosamente solicitar os seguintes esclarecimentos:

*1.1. Credenciamento de Administradora de Benefícios para a oferta de Planos de Saúde particular, coletivo e empresarial, por adesão, de operadoras devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, objetivando a prestação de serviços de assistência à saúde suplementar com atendimento médico-hospitalar ou atendimento odontológico, aos servidores do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP): ativos e inativos, seus dependentes e aos pensionistas, bem como aos servidores de cargos de natureza especial, de cargos comissionados com e sem vínculo com a Administração Pública Federal, e seus dependentes, devendo ser ofertados planos com cobertura no mínimo regional, desde que em todo Distrito Federal, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, 03 de junho de 1998, com suas alterações, pelas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº 309, de 24 de outubro de 2012, pela Resolução Normativa nº 428, de 7 de novembro de 2017, pela Resolução Normativa nº 438, de 03 de dezembro de 2018, pela Resolução nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução Normativa nº 200, de 13 de agosto de 2009), e pela Resolução nº 196, de 14 de julho de 2009, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pela Portaria Normativa nº 1, de 09 de março de 2017 da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, e orientações e especificações técnicas constantes no Projeto Básico e demais orientações posteriores, pertinentes ao assunto.*

**Questão 1** – O objeto, acima transcrito, estabelece que a Administradora deverá ofertar Planos de Saúde para a prestação de serviços de assistência à saúde suplementar com atendimento médico-hospitalar OU atendimentos odontológicos. Entretanto o item 5.5. do Edital estabelece que:

*5.5. A rede de atendimento disponibilizada pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverá oferecer no mínimo 1 (uma) operadora de*

*assistência médico-hospitalar E 1(uma) operadora de assistência odontológica, com cobertura no mínimo regional, desde que em todo o Distrito Federal.*

**Pergunta 1:** Está correto nosso entendimento de que a Administradora poderá oferecer Operadoras de Planos de Saúde e Odontológicos, **OU** exclusivamente de Planos de Saúde **OU** Operadoras de Planos exclusivamente Odontológicos, em conformidade com o disposto no Objeto do Edital e objetivando ampliar o rol de opções de planos aos beneficiários, para que os mesmos escolham o que melhor os atender? Caso negativo, favor justificar.

**Questão 2** – Com relação ao cálculo atuarial a ser realizado, objetivando precificação adequada dos planos de saúde a serem ofertados, solicitamos informar:

**Pergunta 2:**

- a) Quem é a atual empresa prestadora dos serviços, objeto do presente processo?
- b) Há quanto tempo o contrato está vigente?
- c) Qual a data prevista para início de vigência / implantação?
- d) Qual o número de beneficiários efetivamente inscritos (contrato vigente), bem como os valores dos planos ofertados pela Operadora atual?
- e) Quais as características contratuais vigentes, ou seja, percentual de coparticipação; *break-even*, regras de reembolso, reajuste.
- f) Atualmente existem afastados na massa? Caso positivo qual a(s) Cid(s) – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde?
- g) Atualmente existem beneficiários internados, beneficiários em tratamento continuado ou em home care? Caso positivo qual a(s) Cid(s)? Relacionar – Recursos Hospitalares / Custos.
- h) Existem beneficiários com doenças crônicas? Caso positivo, informar a(s) Cid's.
- i) Solicitamos melhores informações (Cid's / custos) dos 10 (dez) maiores utilizadores – plano de assistência médica
- j) Possui gestantes? Caso afirmativo, qual o quantitativo?
- k) Possui agregados e/ou remidos? Caso afirmativo, qual o quantitativo?
- l) Existem tratamentos de longo prazo já iniciados ou em previsão de término nos próximos 6 meses?
- m) Qual a Sinistralidade (Utilização X Valores pagos) dos últimos 12 meses do presente contrato? (apresentar o relatório atualizado de sinistralidade).
- n) Os beneficiários inscritos na operadora atual contribuem com o plano de assistência à saúde? Caso afirmativo, favor especificar os percentuais ou valores.
- o) Há ocorrência de liminares vigentes (informar a data de início da liminar e se o custo é pago pela operadora ou pelo cliente)?
- p) Qual o faturamento estimado mês da operadora atual?
- q) Solicitamos a gentileza de informar a distribuição por sexo, de acordo com o que estabelece o artigo 2º da Resolução Normativa n.º 63 de 22/12/2003, publicada no D.O.U. em 23/12/2003, expedida pela ANS, a saber: (trata-se de informação imprescindível para a composição dos preços), conforme modelo abaixo:

Descrição da Faixa	Titulares (F)	Titulares (M)	Dependentes (F)	Dependentes (M)
0 a 18 anos				
19 a 23 anos				
24 a 28 anos				
29 a 33 anos				
34 a 38 anos				
39 a 43 anos				
44 a 48 anos				
49 a 53 anos				
54 a 58 anos				
59 anos ou mais				

r) Qual a distribuição das vidas por localidade (Plano Piloto, Entorno e outras cidades/UF)?

**Questão 3** - Com relação ao cálculo atuarial a ser realizado, objetivando precificação adequada dos planos odontológicos a serem ofertados.

**Pergunta 3:** Solicitamos informar:

- Qual(ais) a(s) atual(ais) operadora(s)?
- Há quanto tempo o(s) contrato(s) está(ão) vigente(s)?
- Qual (is) valor(es) per capita praticado(s) atualmente?
- O(s) contrato(s) vigente(s) contem(ém) as mesmas condições do presente edital?
- Qual a sinistralidade dos últimos 12 meses (acumulada e mensal)?
- Qual a distribuição das vidas por localidade (Plano Piloto, Entorno e outras cidades/UF)?

**Questão 4:** Com relação à data-limite de entrega da documentação, conforme o preâmbulo do Edital, em 27/09/2021, via SEI/MJ.

**Pergunta 4:** Até que horas a documentação poderá ser apensada no SEI/MJ?

DA ANÁLISE DO EDITAL:

**Questão 5** – Ainda com relação ao objeto, o mesmo identifica a modalidade de Plano como Coletivo Empresarial, a ser ofertado aos servidores do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP): ativos e inativos, seus dependentes e aos pensionistas, bem como aos servidores de cargos de natureza especial, de cargos comissionados com e sem vínculo com a Administração Pública Federal, e seus dependentes.

**Pergunta 5** – A RN 195/2009, estabelece em seu artigo 5º as regras de elegibilidade para os Planos Coletivos Empresariais (grifos nossos):

Art. 5º Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

§1º O vínculo à pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda, desde que previsto contratualmente:

I - os sócios da pessoa jurídica contratante;

II - os administradores da pessoa jurídica contratante;

III - os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

IV – os agentes políticos;

V – os trabalhadores temporários;

VI – os estagiários e menores aprendizes; e

VII - o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores.

§2º O ingresso do grupo familiar previsto no inciso VII do §1º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência à saúde.

Em função da legislação supra referenciada, solicitamos esclarecer:

- a) Com relação as pensionistas, uma vez que as mesmas não possuem vínculo estatutário com o MJSP, está correto o nosso entendimento de que as mesmas não são elegíveis aos Planos de Saúde e Odontológicos ofertados? Caso negativo, favor justificar.
- b) Com relação aos servidores de cargos de natureza especial, de cargos comissionados com e sem vínculo com a Administração Pública Federal, como se dará a comprovação do vínculo estatutário com o MJSP?

**Questão 6** – Com relação à documentação de habilitação para a Qualificação Técnica, o item 6.1.3.1.4. do Edital, estabelece, conforme abaixo:

*6.1.3.1.4. apresentar certidão expedida pela ANS de que a empresa atende às exigências de ativos garantidores, relativa ao 1º trimestre de 2020, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa nº 203/2009.*

**Pergunta 6** – Está correto o nosso entendimento que a Certidão ANS dos Ativos Garantidores a ser apresentada será a mais recente, referente ao 2º Trimestre de 2021? Caso negativo, favor justificar.

**Questão 7** – Com relação a fase recursal do processo, o item 9.2. do Edital, estabelece que:

*9.2. O recurso limitar-se-á a questões de habilitação, considerando, exclusivamente, a documentação apresentada no ato da inscrição, não sendo considerado documento anexado em fase de recurso.*

**Pergunta 7** – Será dado amplo conhecimento da documentação apresentada pelas proponentes ou será necessário solicitar vistas ao Processo, considerando que o prazo para apresentação de recursos é de até 05 (cinco) dias úteis contados do primeiro dia subsequente à data da divulgação?

**Questão 8** – Em referência aos esclarecimentos, o item 17.7. do Edital, estabelece, conforme transcrição a seguir (grifo nosso):

*17.7. Os esclarecimentos poderão ser encaminhados à Comissão Especial de Avaliação, em até 3 (três) dias úteis anteriores à sessão pública, através do correio eletrônico [licitacao@mj.gov.br](mailto:licitacao@mj.gov.br), devendo o requerente encaminhar as dúvidas e qualificar-se.*

**Pergunta 8:** Uma vez que não será realizada sessão pública, está correto o nosso entendimento de que o prazo para esclarecimentos é de até 3(três) dias úteis anteriores à data fixada para o início da análise da documentação? Caso negativo, favor informar o prazo.

**Questão 9** – Ainda com relação à habilitação e ao credenciamento, o item 8.2. do Edital estabelece:  
*8.2. Transcorrido o prazo recursal e não havendo contestação, as propostas das empresas declaradas aptas ao credenciamento serão submetidas à autoridade competente para homologação.*

**Pergunta 9:** solicitamos, por gentileza, esclarecer:

- a) Qual o prazo estimado por esse MJSP para divulgar o resultado do julgamento das propostas?
- b) A partir da publicação da homologação do processo no D.O.U., qual o prazo estimado para disponibilizar o Contrato para assinatura?

#### DA ANÁLISE DO PROJETO BÁSICO – ANEXO I DO EDITAL:

**Questão 10** – Com relação à cobranças após o desligamento do plano o item 7.3. do P.B., estabelece, conforme abaixo transcrito:

*7.3. Quando o beneficiário titular solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde a que estiver vinculado, será exigida, nessa hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição e/ou participação.*

**Pergunta 10:** Junto às Operadoras, pode ocorrer que o processamento de uma despesa ocorra em até 06 (seis) meses após o encerramento do plano, em função de informações equivocadas do Prestador, que ensejam reanálise ou auditoria de contas médicas. Desta forma, está correto o nosso entendimento de que o beneficiário deverá ser notificado da obrigatoriedade de quitação relativa à cobrança de débitos processados após o cancelamento do Plano? Caso negativo, favor justificar.

**Questão 11** – Com relação aos prazos para adesão sem carência, os itens 8.4. e 8.6. do P.B., abaixo transcritos, estabelecem:

*8.4. A Administradora de benefícios deverá oferecer planos com isenção de carência para adesões realizadas em até 60 (sessenta) dias, contados da formalização do*

*credenciamento com o MJSP. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas, conforme regulamentação da ANS*

*(...)*

*8.6. Os pensionistas que anteriormente ao credenciamento da Administradora de benefício, já figuravam como dependentes no plano de saúde do servidor falecido, disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados do credenciamento da Administradora de Benefícios, para fazerem a adesão com isenção de carência. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas, conforme regulamentação da ANS.*

**Pergunta 11:** Solicitamos esclarecer:

- a) A Formalização do Credenciamento se refere à data da assinatura do contrato? Caso negativo, favor justificar.
- b) Está correto nosso entendimento de que, a partir da formalização do credenciamento, as Administradoras terão prazo para providenciar a implantação das apólices junto às Operadoras de Saúde e/ou Odontológicas, em função de seus procedimentos operacionais, antes de iniciar a vigência das coberturas e a comercialização? Caso negativo, favor justificar.

**Questão 12** – Com relação à possibilidade de troca de Operadora, o item 8.5. do P.B., estabelece, conforme abaixo transcrito:

*8.5. A Administradora de benefícios garantirá ao servidor do MJSP, removido ou com alteração de exercício, o prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrar em exercício, para optar pela troca de operadora, dentre aquelas vinculadas à Administradora, ficando nesse caso, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas, conforme regulamentação da ANS.*

**Pergunta 12** – Está correto o nosso entendimento que a opção se dará em estrita conformidade com a RN 438/2018, que estabelece as regras para Portabilidade? Caso negativo, favor justificar.

**Questão 13** – Com relação aos aposentados, o item 8.8. do P.B., abaixo transcrito, estabelece:

*8.8. Os beneficiários de Plano de Assistência à Saúde não serão excluídos com a aposentadoria, salvo se solicitarem expressamente sua exclusão, o que implicará na exclusão também de seus dependentes e agregados.*

**Pergunta 13** – Está correto nosso entendimento de que a permanência dos aposentados no Plano de Saúde e/ou Odontológico, obedecerá estritamente ao disposto na RN 279/2011? Caso negativo, favor justificar.

**Questão 14** – Com relação à permanência dos servidores exonerados o item 8.12. do P.B., estabelece, conforme abaixo:

*8.12. É garantida aos servidores exonerados de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados a manutenção no Plano de Saúde, pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, após a perda do vínculo com o MJSP, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que façam o requerimento em até 30 (trinta) dias da exoneração e assumam integralmente o respectivo custeio. O cancelamento do plano será solicitado de ofício pelo MJSP quando da exoneração, cabendo ao ex-servidor o requerimento tempestivo para a manutenção do plano.*

**Pergunta 14:** Está correto nosso entendimento de que a permanência dos exonerados no Plano de Saúde e/ou Odontológico, desde que comprovado o vínculo estatutário com o MJSP, obedecerá estritamente ao disposto na RN 279/2011? Caso negativo, favor justificar.

**Questão 15** – Com relação aos servidores requisitados, o item 8.13 do P.B., estabelece conforme a seguir:

8.13. Poderá a Administradora de Benefícios manter o servidor requisitado como beneficiário do Plano de Saúde, após a perda do vínculo com o MJSP, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

**Pergunta 15:** Solicitamos esclarecer:

- a) Está correto nosso entendimento de que se trata de uma liberalidade e não uma obrigação imputada à Administradora? Caso negativo, favor justificar?
- b) Qual a comprovação de vínculo, junto ao MJSP, dos servidores requisitados à esse Ministério?
- c) Servidores do MJSP, se requisitados por outros Órgãos, mantém o vínculo com esse Ministério?
- d) Qual a legislação em vigor aplicada à situação descrita no item 8.13.?

**Questão 16** – Com relação à inscrição de beneficiários, o item 8.14 do P.B. estabelece, conforme transcrição a seguir:

*8.14. A solicitação de inscrição de beneficiários no Plano de Assistência à Saúde poderá ser efetuada a qualquer dia do mês, sendo que o início da cobertura assistencial e da contagem dos períodos de carência será o 1º (primeiro) dia do mês subsequente à inscrição.*

**Pergunta 16:** Ocorre que as Operadoras trabalham com datas de corte, em função da necessidade de gerar o faturamento em tempo hábil para que as Administradoras processem as cobranças. Assim sendo, rotineiramente, o cronograma de movimentações cadastrais segue os prazos abaixo indicados. Cientes e De Acordo? Caso negativo, favor justificar.

Data da Movimentação	Início de Vigência
Do dia 1º ao dia 15º dia do mês	1º dia do mês subsequente
Do 16º ao 30º dia do mês	1º dia do 2º mês subsequente

**Questão 17** – Com relação à transferência de planos, o item 8.17 do P.B. estipula que:

*8.17. Poderá haver transferência de plano inferior para superior, ou vice-versa, desde que obedecidas as condições estabelecidas pelas operadoras disponibilizadas pelas Administradoras.*

**Pergunta 17** – Está correto o nosso entendimento de que a transferência obedecerá ao disposto na RN 438/2011, assim como as condições das Operadoras de Plano de Saúde?

**Questão 18** – Com relação à exclusão de dependentes, o item 9.5. do P.B. estabelece, conforme abaixo transcrito:

*9.5. É de responsabilidade dos servidores ativos e inativos do MJSP solicitar, formalmente, à Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas e à Administradora de Benefícios, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.*

**Pergunta 18:** Está correto nosso entendimento de que, a utilização do plano de saúde e/ou odontológico, após a perda da elegibilidade, se caracteriza como utilização indevida e é passível de cobrança ao servidor titular? Caso negativo, favor esclarecer.

**Questão 19** – O item 9.6. do P.B., abaixo transcrito, estabelece, com relação à imediata devolução das carteiras de identificação dos Planos de Saúde:

*9.6. Os servidores ativos e inativos do MJSP excluídos do Plano de Assistência à Saúde serão responsáveis pela devolução imediata de sua carteira de identificação, a de seus dependentes e dos demais vinculados, se houver, à Administradora de Benefícios.*

**Pergunta 19:** A Administradora poderá solicitar que os servidores assinem Termo de Ciência, se responsabilizando por utilizações indevidas e autorizando a cobrança integral dos valores desta natureza, dando ciência quanto a possibilidade da cobrança por meios administrativos e judiciais cabíveis, em caso de não pagamento? Caso negativo, favor justificar.

**Questão 20** – Com relação ao cumprimento de carências, o item 10.1 do P.B., estabelece que:

*10.1. Aos servidores que aderirem aos Planos de Assistência à Saúde no prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da contratação da Administradora de Benefícios, será oferecida a isenção de carência.*

**Pergunta 20** – Os servidores admitidos após este prazo terão 30 (trinta) dias para adesão ao plano de saúde e/ou odontológico e inclusão de seus dependentes elegíveis, a fim de fazerem jus à isenção de carências, sendo que após este prazo, cumprirão as carências conforme as regras da ANS. Cientes e de acordo?

**Questão 21** – Ainda com relação ao cumprimento de carências, o item 10.2. do P.B., estabelece com relação às carências dos planos de saúde:

*10.2. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências definidas abaixo, conforme estabelecido pela ANS:*

- a) Casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis) - 24 horas;*
- b) Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional - 300 (trezentos) dias; e*
- c) Demais situações - 180 (cento e oitenta) dias.*

**Pergunta 21:** Com relação aos planos odontológicos, o cumprimento de carências obedecerá aos critérios próprios para este segmento, conforme abaixo. Cientes e De Acordo?

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
Urgência / Emergência	24 horas
Demais Procedimentos	180 dias

**Questão 22** – Com relação às coberturas o item 12.1. do P.B., transcrito abaixo, estabelece que:

*12.1. As operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefício deverão cobrir, no mínimo, os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, assim como na RN nº 428, de 07 de julho de 2017, e/ou normas posteriores.*

**Pergunta 22:** Está correto o nosso entendimento de que, no caso dos Planos Odontológicos, as coberturas também serão as previstas no Rol de Procedimentos da ANS vigente (atual RN 465/2021), específicos para esse segmento? Caso negativo, favor justificar.

**Questão 23** – Com relação aos atendimentos de urgência e emergência, o item 14 do P.B. estabelece os critérios que definem as situações de urgência e emergência para os Planos de Saúde.

**Pergunta 23:** Está correto nosso entendimento de que, no caso dos Planos odontológicos, as situações de urgência e emergência serão aquelas específicas para esse segmento? Caso negativo, favor justificar.

**Questão 24** – Ainda com referência aos atendimentos de urgência e emergência, o item 14.2.1 do P.B., fala em Plano Ambulatorial, conforme abaixo:

*14.2.1. O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação.*

**Pergunta 24:** O item 17.4 do P.B. estabelece que (grifo nosso): “17.4. A Administradora de benefícios poderá ofertar adicionalmente aos produtos apresentados para atender às exigências deste Projeto, outros planos de saúde com condições contratuais diferenciadas, **desde que observados os requisitos mínimos exigidos na Portaria Normativa nº 1, de 09 de março de 2017, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.**”

O artigo 3º da referida Portaria regulamenta que (grifo nosso): “Art. 3º - Os planos de saúde destinados aos beneficiários dos órgãos e entidades do SIPEC contemplarão atendimento ambulatorial e internação hospitalar, com ou sem obstetrícia, realizados exclusivamente no país, com acomodação padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.”

Portanto, está correto nosso entendimento de que não poderão ser ofertados Planos de Saúde exclusivamente Ambulatoriais? Caso negativo, favor justificar.

**Questão 25** – Com relação à extensão de cobertura assistencial, o item 14.3. do P.B., estabelece que:  
*14.3. Excepcionalmente, o beneficiário poderá contratar plano que contenha cláusula de extensão da cobertura assistencial, por prazo determinado, limitado a 30 dias, no caso de urgência e emergência quando em serviço fora da área de abrangência ou no exterior.*

**Pergunta 25** – Está correto nosso entendimento de que planos com extensão de cobertura no exterior, são opcionais e não obrigatórios, visto não estar prevista no Rol de Procedimentos da ANS? Caso negativo, favor justificar.

**Questão 26** – Com relação ao item 16. do P.B., o mesmo estabelece com relação à Remoção:  
*16.1. Fica garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), desde que comprovadamente necessária e dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.*

**Pergunta 26:** Está claro o entendimento de que remoções inter-hospitalares não se aplicam aos planos odontológicos? Caso negativo, favor justificar.

**Questão 27** – Com relação à Rede Credenciada o item 19.3. do P.B. estabelece que:  
*19.3. As Operadoras de Plano de Saúde conveniadas pelas Administradoras de Benefícios deverão oferecer a rede credenciada, podendo ser regionais ou nacionais, de Assistência Médico-Hospitalar, contemplando atendimentos em hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários, todos devidamente inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.*

**Pergunta 27:** Está claro o entendimento de que a Rede Credenciada dos Planos Odontológicos obedecerá a estrutura própria desse segmento (clínicas, consultórios, radiologia)? Caso negativo, favor justificar.

**Questão 28** – Com relação às obrigações das Administradoras o item 20.1.8. do P.B. estabelece, conforme transcrito a seguir:

*20.1.8. Indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras contratadas pela ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS para a prestação dos serviços de assistência à saúde.*

**Pergunta 28:** Está correto nosso entendimento de que, caso a Administradora possua programas próprios de Prevenção e Promoção à Saúde, poderá indicá-los aos beneficiários, de acordo com o perfil de saúde específico para os programas? Caso negativo, favor justificar.

**Questão 29** – Ainda com relação às obrigações das Administradoras, o item 20.1.10. do P.B., estabelece:

*20.1.10. Visando a prestação de contas, as Administradoras de benefícios deverão apresentar, trimestralmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante as operadoras de planos de saúde.*

**Pergunta 29:** Está correto nosso entendimento de que a comprovação de quitação junto às Operadoras poderá ser feita por Declaração de Quitação emitida mensalmente pelas Operadoras?

**Questão 30** – Também com relação às obrigações das Administradoras, o item 20.1.16. do P.B., prevê:  
*20.1.16. Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado.*

**Pergunta 30:** Com relação ao atendimento aos beneficiários, o mesmo é regido pela RN 365/2016, que estabelece:

Art. 5º Para prestarem o atendimento previsto no art. 4º, as operadoras deverão disponibilizar e divulgar, de forma clara e ostensiva, os seguintes canais:

I – atendimento presencial, indicando os endereços disponíveis para atendimento ao beneficiário; e

II – atendimento telefônico, contendo número da respectiva central de atendimento.  
Parágrafo único. A disponibilização de meio de atendimento via Internet é facultativa para fins de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial.

Art. 6º As operadoras deverão disponibilizar unidade de atendimento presencial, de que trata o inciso I do art. 5º, no mínimo nas capitais dos Estados ou regiões de maior atuação dos seus produtos, ao menos no horário comercial dos dias úteis, desde que atendidos os seguintes critérios:

I – possua concentração de beneficiários superior a 10% (dez por cento) do total de sua carteira; e

II – o número de beneficiários naquela área não seja inferior ao limite de 20.000 (vinte mil).

Parágrafo único. O disposto no caput não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas, as filantrópicas e as autogestões.

Art. 7º O atendimento telefônico de que trata o inciso II do art. 5º deve ser assegurado:

I – durante 24 (vinte e quatro) horas, sete dias da semana, nas operadoras de grande porte;

II – nos dias úteis e em horário comercial, nas operadoras de pequeno e médio porte, nas exclusivamente odontológicas e nas filantrópicas, exceto para os casos envolvendo garantia de acesso a coberturas de serviços e procedimentos de urgência e emergência, nos quais deverá haver oferta de canal telefônico para orientação por 24 (vinte e quatro) horas, sete dias da semana.

Parágrafo único. O horário comercial respeitará as peculiaridades de cada região, aplicando-se, para tanto, as regras do local onde funcionar o atendimento.

Portanto, de acordo com o normativo, a disponibilidade de atendimento dependerá da concentração do número de beneficiários e do porte das operadoras, aí enquadradas as Administradoras.

Desta forma, está claro que o atendimento será feito em conformidade com a RN 365/2016, ressaltando que as operadoras de saúde parceiras, possuem atendimento 24X7? Caso negativo, favor justificar?

**Questão 31** – O item 20.1.20 do P.B., estabelece com relação à comprovação de vínculo da Administradora com a Operadora:

*20.1.20. Comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico.*

**Pergunta 31:** Está correto nosso entendimento de que, além do Termo de Acordo e Responsabilidade assinado pela Administradora e pela Operadora (item 23.2 do P.B.) que comprova o conhecimento das regras deste processo de credenciamento, será necessário apresentar cópia do contrato estabelecido com as Operadoras? Caso negativo, favor justificar.

**Questão 32** – Nas obrigações da Administradora, está estabelecido no item 20.1.25. do P.B.:

*20.1.25. Prestar apoio, incentivar ou executar, quando solicitado pelo MJSP, ações de saúde preventiva, bem como de qualidade de vida dos servidores e de seus dependentes, sem ônus financeiro para o MJSP.*

**Pergunta 32:** Com relação às ações de saúde de prevenção e qualidade de vida, haverá a negociação, com antecedência, de um cronograma junto às Administradoras? Caso negativo, favor justificar.

**Questão 33** – Com relação ao fornecimento dos relatórios gerenciais, o item 20.1.28, estabelece:

*20.1.28. Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Fiscalização, com os seguintes dados:*

- a) Perfil Demográfico da Carteira;*
- b) Relatório de sinistralidade;*
- c) Indicadores sobre a Utilização;*
- d) Beneficiários;*
- e) Prestadores;*
- f) Índices de reajustes aplicados pelas operadoras;*

**Pergunta 33:** Está correto o nosso entendimento que o fornecimento de qualquer dado (principalmente os dados pessoais sensíveis) ou informação, deverá obedecer, em sua integralidade, ao disposto na Lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD)? Caso negativo, favor justificar.

**Questão 34** – Também com relação às obrigações da Administradora, o item 20.2. estabelece, conforme abaixo:

*20.2. Poderão ser solicitados relatórios para divulgação pública, garantindo a transparência do Acordo de Parceria, respeitados os sigilos impostos pela legislação.*

**Pergunta 34:** Solicitamos, por gentileza, detalhar que tipo de relatórios e informações serão solicitados para divulgação pública.

**Questão 35** – Com relação às obrigações das Operadoras, o item 21.7. do P.B., estabelece:

*21.7. Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, 1ª (primeira) via de carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário.*

**Pergunta 35:** Atualmente as operadoras disponibilizam carteira de identificação através de aplicativo móvel, que também é utilizado pela rede credenciada, o que traz os seguintes benefícios:

- a) evita o extravio do cartão e o risco de utilização indevida por outrem;
- b) mitiga a necessidade de ser solicitado novo cartão, evitando mais custo;
- c) reduz o custo da operação;
- d) impede que o beneficiário não seja atendido por não portar o referido cartão;
- e) quando do cancelamento do plano, não há a necessidade de devolver o cartão, pois é automaticamente cancelado no aplicativo;
- f) contribui para o desenvolvimento nacional sustentável.

Deste modo, as Operadoras poderão disponibilizar a Carteira de Identificação por meio de aplicativo móvel, em substituição ao cartão físico? Caso negativo, favor justificar.

**Questão 36** – Também com relação às Obrigações das Operadoras, o item 21.10 do P.B., estabelece, conforme abaixo:

*21.10. Assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações;*

**Pergunta 36:** Está correto nosso entendimento de que os atendimentos referenciados no item 21.10. do P.B. são aqueles previstos no Rol de Procedimentos da ANS? Caso negativo, favor justificar.

**Questão 37** – Com relação ao reajuste dos planos de saúde e odontológicos, o item 24.6. estabelece que:

*24.6. Observando o disposto na RN ANS nº 309, de 24 de outubro de 2012, e demais normas em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários do MJSP poderão ser objeto de reajuste, observado o transcurso mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora, bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).*

**Pergunta 37:** Com relação aos planos Odontológicos, o reajuste financeiro é feito com a aplicação do índice de variação financeira considerado pela Operadora (IPCA ou IGPM-FGV) e o reajuste técnico é aplicado quando a taxa de sinistralidade ultrapassa 60%, ambos no interregno. Cientes e De Acordo? Caso negativo, favor justificar.

Nestes termos, aguardamos os esclarecimentos solicitados e agradecemos antecipadamente a atenção dispensada.

Cordialmente,

PAULA  
SCAFUTO  
ROCHA MELLO  
FERNANDES:83  
033955134

Assinado de forma digital  
por PAULA SCAFUTO  
ROCHA MELLO  
FERNANDES:8303395513  
4  
Dados: 2021.09.13  
10:53:58 -03'00'

---

**PAULA SCAFUTO ROCHA MELLO FERNANDES**  
CI nº 1.025.173-SSP/DF - CPF nº 830.339.551-34  
Elo Administradora de Benefícios Ltda.