



18801792



08007.006566/2019-13



Ministério da Justiça e Segurança Pública
Esplanada dos Ministérios, Bloco T, Anexo II, 6º Andar, Sala 621 - Bairro Zona Cívico Administrativa,
Brasília/DF, CEP 70064-900

<https://www.justica.gov.br>

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2022 PROCESSO Nº 08007.006566/2019-13

A **União** representada pelo **Ministério da Justiça e Segurança Pública**, por intermédio da Comissão Especial de Avaliação designada pela Portaria CGGP/SAA/SE/MJSP nº 45,0 de 3 de agosto de 2022, publicada no Diário Oficial da União de 05 de agosto de 2022, torna públicas as regras para 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) e dos órgãos específicos singulares: Arquivo Nacional (AN), Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), Polícia Federal (PF) e Polícia Rodoviária Federal (PRF), a saber: 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. Dentre as opções de planos de saúde e planos odontológicos, as administradoras credenciadas deverão oferecer, no mínimo, uma opção de cada tipo de plano, com cobertura nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, 03 de junho de 1998, com suas alterações; pelas Resoluções Normativas (RN) da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (nº 309, de 24 de outubro de 2012; nº 428, de 7 de novembro de 2017; nº 438, de 03 de dezembro de 2018; nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009; e nº 196, de 14 de julho de 2009); pela Portaria Normativa nº 1, de 09 de março de 2017, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; e pelas orientações e especificações técnicas constantes neste Projeto Básico e demais orientações posteriores pertinentes ao assunto.

Data Limite para a Entrega da Documentação: 31/08/2022

Forma de Apresentação: Capítulo 3 deste Edital

1. DO OBJETO

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) e dos órgãos específicos singulares: Arquivo Nacional

(AN), Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), Polícia Federal (PF) e Polícia Rodoviária Federal (PRF), a saber: 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. Dentre as opções de planos de saúde e planos odontológicos, as administradoras credenciadas deverão oferecer, no mínimo, uma opção de cada tipo de plano, com cobertura nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, 03 de junho de 1998, com suas alterações; pelas Resoluções Normativas (RN) da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (nº 309, de 24 de outubro de 2012; nº 428, de 7 de novembro de 2017; nº 438, de 03 de dezembro de 2018; nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009; e nº 196, de 14 de julho de 2009); pela Portaria Normativa nº 1, de 09 de março de 2017, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; e pelas orientações e especificações técnicas constantes neste Projeto Básico e demais orientações posteriores pertinentes ao assunto.

1.2. O credenciamento da(s) Administradora(s) de Benefícios será formalizado mediante assinatura de Acordo de Parceria, a ser celebrado entre a União, representada pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública, integrante do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC e a(s) Administradora(s) que vierem a ser habilitadas.

1.3. São partes integrantes desse Edital:

1.3.1. Anexo I - Projeto Básico e anexos;

1.3.2. Anexo III - Acordo de Parceria.

2. DO PRAZO DE ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO

2.1. O envio da documentação poderá ocorrer a partir da publicação do Edital até o último dia útil anterior à data marcada para análise da documentação.

2.2. Em 1º/09/2022 será iniciada a análise da documentação apresentada pela Comissão de Avaliação de Credenciamento.

3. DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

3.1. As empresas interessadas deverão encaminhar a documentação exigida nesse Edital e anexos, **exclusivamente, por meio de peticionamento eletrônico no Sistema Eletrônico de Informações (SEI)** do Ministério da Justiça e Segurança Pública.

3.1.1. Para o peticionamento eletrônico, a empresa deverá efetuar o pré-cadastro no link de Acesso Externo - <https://sei.protocolo.mj.gov.br>.

3.1.2. Finalizado o cadastro, a empresa deverá acessar o SEI-MJSP com login e senha e formalizar o pedido de credenciamento da seguinte forma:

3.1.2.1. Utilizar a opção PETICIONAMENTO NOVO, tipo de processo: CREDENCIAMENTO: ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE PLANOS DE SAÚDE;

3.1.2.2. Preencher o formulário eletrônico, contendo os documentos referentes aos Anexos II à V do Projeto Básico;

3.1.2.3. Incluir, em formato PDF, a proposta e as documentações de habilitação, conforme disposto nos Capítulos 5 e 6 deste Edital;

3.1.3. Para maiores esclarecimentos, segue o link do Manual de orientação do Sistema SEI (https://docs.google.com/document/d/1VIMuc38mQkpfH6XU188i-31OpPDzCc4sMX2_jjTRS6k/edit).

3.2. Não será aceito credenciamento extemporâneo ou condicional.

3.3. As informações prestadas, assim como a documentação enviada são de inteira responsabilidade dos interessados, cabendo-lhes certificarem-se, antes de seu cadastramento, de que atendem a todos os requisitos para participarem do processo de credenciamento.

3.4. A apresentação da documentação implica no aceite dos interessados em participarem do processo de credenciamento junto ao Ministério da Justiça e Segurança Pública e submissão, independentemente de declaração expressa, a todas as normas e condições estabelecidas no presente Edital e Anexos, assim como aos atos normativos pertinentes expedidos pela ANS, não sendo permitida, em hipótese alguma, qualquer alteração ou entrega de documento diverso do exigido no presente edital.

4. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO

4.1. Poderão participar do processo de credenciamento para celebração de Acordo de Parceria, as Administradoras de Benefícios que atenderem plenamente a todas as exigências constantes deste Edital e seus Anexos, inclusive quanto à documentação e aos requisitos de habilitação.

4.2. Não será admitido nesse processo de credenciamento a participação de empresas:

4.2.1. Concordatárias ou em processo de falência, em recuperação judicial ou extrajudicial, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;

4.2.2. Que estejam com o direito de licitar e contratar com a Administração Pública, suspenso, ou que por esta tenham sido declaradas inidôneas;

4.2.3. Que estejam sob pena de interdição de direitos previstos na Lei nº 9.605/98;

4.2.4. Que estejam reunidas em consórcio e sejam controladoras coligadas ou subsidiárias entre si, ou ainda, qualquer que seja sua forma de constituição;

4.2.5. Estrangeiras que não funcionem no País;

4.2.6. Empresa, cujo objeto social não seja pertinente e compatível com o objeto do presente processo de credenciamento;

4.2.7. Cooperativa, sob nenhuma forma;

4.3. Não poderá participar desse processo de credenciamento, direta ou indiretamente, servidor ou dirigente deste Ministério.

5. DA PROPOSTA DOS PLANOS A SEREM OFERTADOS

5.1. Caberá à Administradora de Benefício declarar que no ato da assinatura do Acordo de Parceria apresentará rede de operadoras de planos de saúde contratadas capaz de 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 428, de 07/11/2017 e/ou normas posteriores.

5.2. Os planos oferecidos aos beneficiários do Ministério da Justiça e Segurança Pública e dos órgãos singulares deverão ser planos privados, coletivos empresariais, conforme Portaria Normativa nº 1, de 09 de março de 2017 do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

5.3. Os planos das operadoras prestadoras dos serviços de saúde, devidamente registradas na ANS, deverão prestar os serviços aos beneficiários do Ministério da Justiça e Segurança Pública e dos órgãos singulares, contemplando as regras estabelecidas no Projeto Básico, de forma a assegurar a opção de escolha dos beneficiários.

5.4. A Administradora deverá apresentar ao Ministério da Justiça e Segurança Pública, no ato da assinatura do Acordo de Parceria, os Termos de Contratos, Acordos ou Ajustes celebrados com as operadoras disponibilizadas, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e comprovado o conhecimento das condições do referido Acordo, conforme modelo constante do Anexo V do Projeto Básico.

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 nacional.

5.6. Os preços dos planos de saúde deverão incluir todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços, conforme legislação em vigor.

6. DA HABILITAÇÃO

6.1. A habilitação far-se-á com a apresentação da seguinte documentação:

6.1.1. Relativa à Habilitação Jurídica:

6.1.1.1. Registro comercial, no caso de empresa individual;

6.1.1.2. Ato constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, devidamente arquivado, em se tratando de sociedades empresariais e, quando for o caso, ata de eleição dos gestores;

6.1.1.2.1. Os documentos mencionados no subitem anterior deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva;

6.1.1.3. Inscrição do Ato Constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício; e

6.1.1.4. Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País e ato de registro ou autorização para funcionamento, expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;

6.1.1.4.1. As exigências de habilitação serão atendidas mediante documentos equivalentes, inicialmente apresentados com tradução livre. Para fins de assinatura do Acordo de Parceria, os documentos de habilitação serão traduzidos por tradutor juramentado no País e apostilados nos termos do dispostos no [Decreto nº 8.660, de 29 de janeiro de 2016](#), ou de outro que venha a substituí-lo, ou consularizados pelos respectivos consulados ou embaixadas.

6.1.2. Relativa à Regularidade Fiscal:

6.1.2.1. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;

6.1.2.2. prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02/10/2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.

6.1.2.3. prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);

6.1.2.4. prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;

6.1.2.5. prova de inscrição no cadastro de contribuintes municipal, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

6.1.2.6. prova de regularidade com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do licitante, relativa à atividade em cujo exercício contrata ou concorre.

6.1.3. Relativa à Qualificação Técnica:

6.1.3.1. As empresas Administradoras de Benefícios interessadas firmar Acordo de Parceria com este Ministério deverão cumprir as seguintes condições:

6.1.3.1.1. estar devidamente registrada na ANS como administradora de benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009 da ANS e possuir autorização de funcionamento;

6.1.3.1.2. comprovar, através de atestados de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadoras devidamente registradas na ANS;

6.1.3.1.3. declaração expedida por entidades públicas ou privadas, em que demonstre a permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde;

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;

6.1.3.2. As Administradoras de Benefícios cadastradas e habilitadas no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF, poderão deixar de apresentar os documentos de habilitação exigidos nos subitens 6.1.1 e 6.1.2, conforme o disposto na Instrução Normativa SEGES/MP nº 03, de 2018.

6.1.3.2.1. Para efeitos de habilitação prevista na Instrução Normativa SEGES/MP nº 03, de 2018 mediante utilização do sistema, as Administradoras deverão atender às condições exigidas no cadastramento no SICAF até o terceiro dia útil anterior à data prevista para recebimento das propostas;

6.1.3.2.2. É dever das Administradoras atualizar previamente as comprovações constantes do SICAF para que estejam vigentes na data de início de análise prevista neste Edital, ou encaminhar, em conjunto com a apresentação da proposta, a respectiva documentação atualizada.

6.1.3.2.3. O descumprimento do subitem acima implicará a inabilitação da Administradora, exceto se a consulta aos sítios eletrônicos oficiais emissores de certidões feita pela Comissão lograr êxito em encontrar a(s) certidão(ões) válida(s).

6.1.3.3. As Administradoras de Benefícios deverão apresentar, ainda, os seguintes documentos:

6.1.3.3.1. Declaração, conforme parágrafo segundo do artigo 32 da Lei n.º 8.666/93, de que inexistente fato superveniente impeditivo da habilitação, conforme modelo constante do Anexo II do Projeto Básico;

6.1.3.3.2. Declaração que não emprega menor, conforme disposto no inciso V do artigo 27 da Lei nº 8.666/93, acrescido pela Lei 9.854 de 27 de outubro de 1999, em cumprimento ao estabelecido no Inciso XXXIII do Artigo 7º da Constituição Federal, conforme modelo constante do Anexo III do Projeto Básico;

6.1.3.3.3. Declaração informando que os serviços serão prestados de acordo com os critérios legais de sustentabilidade ambiental, de acordo com a legislação aplicável, conforme Anexo IV do Projeto Básico.

6.1.3.4. Somente haverá a necessidade de comprovação do preenchimento de requisitos mediante apresentação dos documentos originais não-digitais quando houver dúvida em relação à integridade do documento digital.

6.1.3.5. Não serão aceitos documentos de habilitação com indicação de CNPJ/CPF diferentes, salvo aqueles legalmente permitidos.

6.1.3.5.1. Se a Administradora for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz, e se a Administradora for a filial, todos os documentos deverão estar em nome da filial, exceto aqueles documentos que, pela própria natureza, comprovadamente, forem emitidos somente em nome da matriz.

6.1.3.5.2. Serão aceitos registros de CNPJ de matriz e filial com diferenças de números de documentos pertinentes ao CND e ao CRF/FGTS, quando for comprovada a centralização do recolhimento dessas contribuições.

6.1.3.6. Não serão aceitos documentos cujas datas e caracteres estejam ilegíveis ou rasurados.

7. DA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO E DAS PROPOSTAS

7.1. A análise da documentação será processada pela Comissão, em conformidade com as condições estipuladas neste Edital e seus Anexos.

7.2. A Comissão verificará se os documentos apresentados cumprem os requisitos de habilitação e de formalização da proposta.

7.3. A Comissão poderá conceder prazo adicional para complementar a entrega de documentos eventualmente faltantes ou para promover a regularização desses, mediante comunicação eletrônica diretamente aos interessados.

8. DA HOMOLOGAÇÃO

8.1. Serão declarados habilitados para o credenciamento todos os requerentes que atenderem à integralidade das exigências contidas neste Edital e Anexos, cujo resultado será publicado no Diário Oficial da União.

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.

9. DOS RECURSOS

9.1. Os interessados poderão recorrer do resultado publicado, apresentando suas razões devidamente fundamentadas e por escrito, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis contados do primeiro dia subsequente à data da divulgação prevista no subitem 8.1, ficando, nesse período, franqueadas vistas ao processo.

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.

9.3. O recurso será protocolado junto à Comissão, ficando estabelecido o prazo de até 5 (cinco) dias úteis para reconsiderá-lo ou fazê-lo subir devidamente informado à autoridade superior competente, que terá até 05 (cinco) dias úteis para análise e decisão.

9.4. Somente o próprio interessado ou seu representante legalmente habilitado poderão interpor os recursos.

10. DA ASSINATURA DO ACORDO DE PARCERIA

10.1. Para o fiel cumprimento das obrigações assumidas será firmado Acordo de Parceria com as Administradoras de Benefícios consideradas aptas ao credenciamento, com vigência de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por até 60 (sessenta) meses.

10.2. O Ministério da Justiça e Segurança Pública convocará as Administradoras de Benefícios para assinar os respectivos Acordos, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da notificação para tal, sob pena de decair do direito ao credenciamento, no caso de descumprimento desse prazo fixado.

10.2.1. O prazo estabelecido no item anterior, poderá ser prorrogado uma única vez, por igual período, quando solicitado pela Administradora de Benefícios durante o seu transcurso e desde que

ocorra motivo justificado e devidamente aceito pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública.

10.3. O presente instrumento será firmado através de assinatura eletrônica e/ou digital, certificada pelo Sistema Eletrônico de Informações - SEI do MJSP, garantida a eficácia das Cláusulas, nos termos do Decreto nº 8.539, de 08 de outubro de 2015.

11. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DO PAGAMENTO

11.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Ministério da Justiça e Segurança Pública, a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

11.2. O pagamento será realizado mediante consignação em folha ou autorização de débito na conta corrente indicada no ato de adesão pelo beneficiário, ou mediante boleto bancário, quando não for possível a cobrança nas hipóteses anteriores.

12. DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

12.1. O Ministério da Justiça e Segurança Pública fará acompanhamento da execução dos Acordos de Cooperação assinados, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento, devendo quaisquer ocorrências de descumprimento ser registradas em relatórios específicos e juntadas ao processo de credenciamento.

12.2. A execução dos serviços prestados pela Administradora de Benefícios será acompanhada e fiscalizada por servidores especialmente designados na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata.

13. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

13.1. As regras acerca do sanções administrativas são as estabelecidas no Projeto Básico, anexo a este Edital.

14. DA RESCISÃO DO ACORDO DE PARCERIA

14.1. O Acordo poderá ser rescindido de pleno direito, a qualquer tempo, pela desistência de um dos signatários ou pela superveniência de norma legal, que o torne material ou formalmente inexecúvel, mediante comunicado por escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, ou, ainda, sobrevindo caso fortuito ou de força maior, idem com relação a justo motivo, inclusive na hipótese de inexecução total ou parcial de qualquer de suas cláusulas e condições.

14.2. São causas de rescisão a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas neste Acordo de Parceria, Anexos, Edital e Proposta da Administradora de Benefícios, ou, ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação ao Ministério e órgãos singulares, apuradas em regular processo administrativo.

14.3. Obrigam-se os signatários a cumprir todas as cláusulas e condições durante o prazo de 90 (noventa) dias que anteceder à rescisão.

15. DA REVOGAÇÃO DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA CREDENCIAMENTO

15.1. O presente Edital de Credenciamento poderá ser revogado por razões de interesse público, decorrentes de fatos supervenientes, devidamente comprovados, pertinentes e suficientes para justificar o ato de revogação.

16. DO REAJUSTE

16.1. 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 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).

16.2. Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados pela Administradora de Benefícios, comunicando ao MJSP, diretamente à Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas CGGP/SAA/SE.

17. DOS PEDIDOS DE IMPUGNAÇÃO E DE ESCLARECIMENTOS

17.1. Qualquer cidadão é parte legítima para impugnar o presente Edital por irregularidade na aplicação da Lei n. 8.666/93, devendo apresentar o pedido, em até 5 (cinco) dias úteis anteriores à data fixada para o início da análise da documentação, nos termos do art. 41, §1º da Lei 8.666/93, sem prejuízo da faculdade prevista no § 1º do art. 113 da referida Lei.

17.2. Os interessados em participar do credenciamento poderão, sob pena de decair do direito, impugnar o Edital até o 2º (segundo) dia útil anterior a data fixada para o início da análise da documentação, nos termos do art. 41, §2º da Lei 8.666/93.

17.3. A impugnação poderá ser realizada por forma eletrônica, pelo e-mail licitacao@mj.gov.br ou por petição dirigida à Coordenação de Procedimentos Licitatórios/COPLI – MJ, situada à Esplanada dos Ministérios, Bloco “T”, Anexo II, sala 621, em Brasília – DF, CEP 70064-900.

17.4. Não serão aceitas impugnações apresentadas fora dos prazos legais.

17.5. Caberá a Comissão Especial de Avaliação decidir sobre a petição no prazo de 03 (três) dias úteis, a contar da data de protocolização do requerimento, respeitando a ampla defesa e o contraditório.

17.6. Acolhida a impugnação ao ato convocatório, será designada nova data para a retificação do processo de credenciamento.

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, devendo o requerente encaminhar as dúvidas e qualificar-se.

18. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1. A participação do interessado no Credenciamento implica a aceitação das condições constantes deste Edital e dos anexos que o integram.

18.2. A Credenciada deverá manter as condições de habilitação durante toda a vigência do Credenciamento, observada a obrigatoriedade de atualização das informações cadastrais.

18.3. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão, conforme disposições constantes da Lei nº 8.666/93 e demais normas pertinentes.

18.4. Os proponentes obrigam-se a observar e guardar sigilo de todos os dados pessoais e profissionais obtidos em decorrência do presente edital, bem como a não utilizar ou divulgar as informações obtidas para qualquer fim, sob as penas da lei civil, penal e correlatas.

18.5. A Administração poderá revogar este Edital de Credenciamento por razões de interesse público.

18.6. Qualquer alteração nas condições do Credenciamento será divulgada e publicada pela mesma forma em que se deu a divulgação e publicação do texto original.

18.7. A inobservância por parte do interessado, em qualquer fase do processo de

credenciamento, dos prazos estabelecidos em notificações pessoais ou gerais, será caracterizada como desistência, implicando na sua exclusão do certame.

18.8. Incumbirá ao interessado acompanhar as comunicações do Credenciamento, ficando responsável pelo ônus decorrente da perda de negócios, diante da inobservância de quaisquer atos.

18.9. No julgamento da habilitação, a Comissão poderá sanar erros ou falhas que não alterem a substância das propostas, dos documentos e sua validade jurídica, mediante despacho fundamentado, registrado em ata e acessível a todos, atribuindo-lhes validade e eficácia para fins de habilitação e classificação.

18.10. A homologação do resultado deste credenciamento não implicará direito à contratação.

18.11. As normas disciplinadoras do credenciamento serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, desde que não comprometam o interesse da Administração, o princípio da isonomia, a finalidade e a segurança da contratação.

18.12. Os interessados assumem todos os custos de preparação e apresentação de suas documentações e a Administração não será, em nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da condução ou do resultado do processo de Credenciamento.

18.13. A inexistência de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, será causa de eliminação do interessado do processo de credenciamento, anulando-se a inscrição, bem como todos os atos dela decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou criminal.

18.14. O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará o afastamento do interessado, desde que seja possível o aproveitamento do ato, observados os princípios da isonomia e do interesse público.

18.15. Em caso de divergência entre disposições deste Edital e de seus anexos ou demais peças que compõem o processo, prevalecerá as deste Edital.

18.16. As questões decorrentes da execução deste Edital, que não possam ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas na Justiça Federal, eleito o Foro da Seção Judiciária do Distrito Federal.

18.17. O Edital está disponibilizado, na íntegra, no endereço eletrônico <https://www.gov.br/mj/pt-br/aceso-a-informacao/licitacoes-e-contratosv1/se/licitacoes/uasg-200005> na aba Credenciamento 2022 e, também, poderá ser solicitado o acesso eletrônico externo através do e-mail: licitacao@mj.gov.br.

Danielle Galdino Solouk

Presidente da Comissão

Substituta



Documento assinado eletronicamente por **Danielle Galdino Solouki, Chefe da Divisão de Promoção à Saúde - Substituto(a)**, em 08/08/2022, às 16:18, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://sei.autentica.mj.gov.br> informando o código verificador **18801792** e o código CRC **3DACA866**

O trâmite deste documento pode ser acompanhado pelo site

<http://www.justica.gov.br/aceso-a-sistemas/protocolo> e tem validade de prova de registro de protocolo no Ministério da Justiça e Segurança Pública.



18801923



08007.006566/2019-13



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

Esplanada dos Ministérios, Bloco T, Anexo II, Térreo, Sala T-4 - Bairro Zona Cívico Administrativa,
Brasília/DF, CEP 70064-900

Telefone: (61) 2025-3451 e <https://www.gov.br/mj/pt-br>

PROJETO BÁSICO PROCESSO Nº 08007.006566/2019-13

1. OBJETO

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) e dos órgãos específicos singulares: Arquivo Nacional (AN), Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), Polícia Federal (PF) e Polícia Rodoviária Federal (PRF), a saber: 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. Dentre as opções de planos de saúde e planos odontológicos, as administradoras credenciadas deverão oferecer, no mínimo, uma opção de cada tipo de plano, com cobertura nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, 03 de junho de 1998, com suas alterações; pelas Resoluções Normativas (RN) da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (nº 309, de 24 de outubro de 2012; nº 428, de 7 de novembro de 2017; nº 438, de 03 de dezembro de 2018; nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009; e nº 196, de 14 de julho de 2009); pela Portaria Normativa nº 1, de 09 de março de 2017, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; e pelas orientações e especificações técnicas constantes neste Projeto Básico e demais orientações posteriores pertinentes ao assunto.

1.2. São partes integrantes deste Projeto:

1.2.1. Anexo I - Quadro Demonstrativo: quantidade de servidores ativos, inativos, seus dependentes e dos pensionistas do MJSP e dos órgãos específicos singulares: Arquivo Nacional, Departamento Penitenciário Nacional, Polícia Federal e Polícia Rodoviária Federal;

1.2.2. Anexo II - Declaração de Habilitação;

1.2.3. Anexo III - Declaração de não emprego de menor de idade;

1.2.4. Anexo IV - Declaração de Sustentabilidade Ambiental; e

1.2.5. Anexo V - Declaração de Contratação Futura de Rede Credenciada.

1.2.5.1. As declarações indicadas acima deverão ser preenchidas via formulário do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) do Ministério da Justiça e Segurança Pública, conforme orientações constantes do capítulo 3 do Edital.

2. JUSTIFICATIVA

2.1. Como ação preventiva e com foco na qualidade de vida do servidor, é determinante possibilitar o acesso à assistência à saúde sempre que necessário. A Saúde Suplementar no Brasil oferece assistência médica, hospitalar e odontológica privada através das Operadoras de Planos de Saúde.

2.2. O credenciamento caberá quando a Administração Pública estiver disposta a celebrar acordo de parceria com todas as entidades que demonstrarem interesse em executar objeto por ela delimitado, sem que a escolha de uma entidade privada implique em prejuízo de outra(s).

2.3. A possibilidade de que seja firmado o acordo de parceria com o maior número possível de administradoras de benefícios interessadas inviabiliza a competição, tornando fática a inexigibilidade da licitação, nos termos do art. 25, caput, da Lei nº 8.666/1993.

2.4. Este credenciamento pretende disponibilizar aos servidores uma maior oferta de planos e programas de assistência à saúde suplementar, por meio das administradoras credenciadas, para que assim sejam obtidas melhores opções na prestação de serviço, aliada à possibilidade de menor custo.

2.5. Verificamos que o objeto, sendo ofertado por um maior número de administradoras de plano de saúde, representará um ganho para os servidores deste Ministério, pois abrirá diversidade de opções de escolha de planos de saúde de assistência suplementar médica ou odontológica. Por isso, o credenciamento visa garantir a igualdade de condições entre os interessados habilitados a firmar o Acordo de Parceria, não se falando em competição para a escolha da melhor proposta através de procedimento licitatório, uma vez que, de acordo com os critérios objetivos, haverá a garantia da impessoalidade para a convocação de todos os habilitados a fim de formalizarem o Acordo de Parceria.

2.6. Por fim, evidenciamos que o objeto será melhor atendido pela contratação do maior número de interessados habilitados possível, sendo legítimo promover chamamento público para credenciamento, restando comprovada a inviabilidade de competição para a contratação do objeto, tendo em vista que a necessidade da Administração ficaria restrita e limitada com a contratação de apenas uma administradora habilitada em concorrência por meio de procedimento licitatório.

3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

3.1. Lei nº 8.666/93, art. 21, I, II e III;

3.2. Lei nº 8.666/93, art. 25;

3.3. Parecer nº 07/2013/CPLC/DEPCONSU/PGF/AGU;

3.4. Instrução Normativa MPOG nº 05/2017, Anexo VII-B;

3.5. Decreto nº 4.978, de 03 de fevereiro de 2004;

3.6. Portaria Normativa MPOG nº 01, de 09 de março de 2017;

3.7. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998;

3.8. Resolução Normativa ANS – nº 465, de 24 de fevereiro de 2021;

3.9. Resolução Normativa ANS – nº 195, de 14 de julho de 2009.

4. DAS DENOMINAÇÕES

4.1. Para fins deste credenciamento, considera-se:

- 4.1.1. **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIO:** empresa credenciada, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar, representante de Operadoras de Planos de Saúde de assistência médica ou odontológica, que atuará como intermediadora no oferecimento de planos coletivos empresariais, por adesão, devendo disponibilizar no mínimo 1 (um) operadora de serviços de assistência médico-hospitalar e 1 (uma) operadora de assistência à saúde odontológica.
- 4.1.2. **OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE:** empresa com registro na ANS, habilitada a oferecer e operar planos de saúde, sendo responsável pela prestação dos serviços de assistência médico-hospitalar ou odontológica.
- 4.1.3. **USUÁRIOS:** os inscritos no Plano de Assistência à Saúde na condição de beneficiários titulares, dependentes, pensionistas ou agregados.
- 4.1.4. **BENEFICIÁRIO TITULAR:** servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas, os de cargos de natureza especial e os de cargos comissionados do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) e dos órgãos específicos singulares: Arquivo Nacional, Departamento Penitenciário Nacional, Polícia Federal e Polícia Rodoviária Federal.
- 4.1.5. **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE:** os familiares dos servidores, na forma regulamentada pela legislação vigente e neste projeto básico.
- 4.1.6. **PENSIONISTA:** beneficiário de pensão instituída pelo MJSP e dos órgãos específicos singulares, na forma regulamentada pela legislação vigente.
- 4.1.7. **AGREGADO:** pessoa vinculada ao titular, na qualidade de parente, que não atende à condição de dependente.
- 4.1.8. **MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO:** valor a ser estabelecido para pagamento, na forma indicada no ato da adesão, referente à participação no custo do plano de saúde dos servidores, seus dependentes e pensionistas do MJSP e dos órgãos específicos singulares.
- 4.1.9. **AUXÍLIO SAÚDE:** valor previsto na Portaria MPOG nº 08, de 13/01/2016, que será consignado no contracheque do titular do benefício, na forma de ressarcimento, mediante requerimento, com o atendimento de condições para habilitação.
- 4.1.10. **REDE CREDENCIADA:** hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Plano de Assistência à Saúde pelas Operadoras de Plano de Saúde.
- 4.1.11. **ABRANGÊNCIA DA REDE:** localidades em que as operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios oferecem rede credenciada.
- 4.1.12. **TIPOS DE PLANOS:** planos de saúde, com modalidades diversas e diferenciação em coparticipação, coberturas, acomodações e outras.
- 4.1.13. **PLANO BÁSICO:** plano ambulatorial e hospitalar, com acomodação em enfermaria.
- 4.1.14. **PLANO ESPECIAL:** plano que inclui, além dos itens do plano básico, acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante, cobertura de despesas com alimentação, roupas de cama e de banho, conforme condições da legislação em vigor.
- 4.1.15. **UTI MÓVEL:** prestação de assistência de Pronto Socorro Móvel de Emergência Médica, na forma disciplinada pela ANS.
- 4.1.16. **REMOÇÃO:** deslocamento dos usuários para atendimento hospitalar, de acordo com a RN ANS nº 259/2011, visando garantir os prazos máximos para o atendimento.
- 4.1.17. **TERMO DE ADESÃO:** documento de contratação do plano de assistência à saúde, firmado entre o beneficiário titular e a Administradora de Benefícios.
- 4.1.18. **COPARTICIPAÇÃO:** é o percentual de valor que o beneficiário pagará pelo uso dos

eventos de consultas, exames e procedimentos, conforme regulamentação da ANS.

5. DOS BENEFICIÁRIOS

5.1. São considerados beneficiários titulares os servidores ativos, inativos e os pensionistas do MJSP e dos órgãos específicos singulares: Arquivo Nacional, Departamento Penitenciário Nacional, Polícia Federal e Polícia Rodoviária Federal aos pensionistas, bem como aos servidores de cargos de natureza especial, de cargos comissionados com e sem vínculo com a Administração Pública Federal lotados no MJSP e nos órgãos específicos singulares.

5.1.1. No caso dos pensionistas, somente será assegurado o direito à inclusão no Plano de Assistência à Saúde o beneficiário que já configure como dependente no plano de saúde do servidor antes da data do falecimento.

5.2. São considerados beneficiários dependentes:

a) o cônjuge ou companheiro (a) de união estável, a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;

b) os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

c) os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do beneficiário titular, desde que estudantes de curso regular reconhecido pelo MEC;

d) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas "b";

e) o pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependente economicamente dos servidores ativos e inativos, conforme declaração anual de Imposto de Renda, e que constem no seu assentamento funcional, desde que o próprio servidor assuma o valor do custeio, observados os mesmos valores por ele contratados.

5.3. Somente o servidor ativo e inativo, o servidor de cargo de natureza especial e o servidor de cargo comissionado, com e sem vínculo com a Administração Pública Federal integrante do quadro de pessoal do MJSP e dos órgãos específicos singulares: Arquivo Nacional, Departamento Penitenciário Nacional, Polícia Federal e Polícia Rodoviária Federal, poderão inscrever beneficiário na condição de dependentes.

5.4. A Administradora de Benefícios poderá admitir a adesão de agregados em plano de assistência à saúde pertencente ao grupo familiar do beneficiário titular, desde que o titular assumam integralmente o respectivo custeio e conforme critério da operadora.

5.4.1. Para fins do item 5.4, são considerados membros do grupo familiar do servidor:

a) mãe, pai, madrasta e padrasto que não se enquadrem na condição da alínea "e", do item 5.2;

b) os filhos e enteados que não satisfaçam as condições das alíneas "b" e "c", do item 5.2;

c) os irmãos; e

d) os netos.

6. DO AUXÍLIO SAÚDE

6.1. Os servidores ativos e inativos, os pensionistas, os ocupantes de cargos de natureza especial e comissionados do MJSP e dos órgãos específicos singulares, titulares de plano de saúde particular, poderão requerer o auxílio de caráter indenizatório, realizado mediante ressarcimento, por beneficiário, desde que comprovem as condições exigíveis para a concessão do benefício, conforme Portaria Normativa nº 1, de 09 de março de 2017, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

6.1.1. O requerimento citado no item 6.1 deve ser feito exclusivamente pelo servidor titular, por meio do aplicativo SouGov.

6.2. O auxílio será consignado no contracheque do titular do benefício, que será pago conforme o estabelecido na Portaria Normativa SRH/MP nº 01, de 09 de março de 2017.

6.3. A comprovação das despesas efetuadas pelo servidor deverá ser feita uma vez ao ano, até o último dia útil do mês de abril, acompanhada de toda a documentação comprobatória, conforme art. 30 da Portaria Normativa SRH/MP nº 01, de 09 de março de 2017.

7. CO-PARTICIPAÇÃO NOS CUSTEIOS DOS SERVIÇOS

7.1. Caso o plano contratado possua coparticipação financeira nos custeios dos serviços, o beneficiário pagará pelo uso dos eventos no percentual definido pela Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, respeitada a regulamentação da ANS.

7.2. A participação no custo dos serviços utilizados poderá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, por autorização de débito em conta corrente, ou ainda por boleto bancário, quando não for possível a cobrança nas hipóteses anteriores.

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.

8. DA ADESÃO E DO RETORNO AOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

8.1. Poderão aderir aos Planos de Assistência à Saúde apresentados pelas Administradoras de Benefícios credenciadas, os servidores ativos e inativos, os servidores de cargos de natureza especial e os servidores de cargos comissionados, com ou sem vínculo com a Administração Pública Federal e os pensionistas do MJSP e dos órgãos específicos singulares: Arquivo Nacional, Departamento Penitenciário Nacional, Polícia Federal e Polícia Rodoviária Federal.

8.2. A administradora de benefícios credenciada figurará na condição de estipulante, situação formalizada mediante acordo de parceria gratuita, não gerando nenhuma obrigação pecuniária ou de qualquer outra natureza que signifique desembolso ou emprego de recursos públicos.

8.3. É voluntária a adesão e o cancelamento de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde contratado por meio da Administradora credenciada nas condições deste Projeto.

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.

8.5. A Administradora de benefícios garantirá ao servidor, 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.

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.

8.7. Os pensionistas e demais beneficiários de titular falecido durante a vigência do contrato do plano de saúde, poderão permanecer como beneficiários, desde que façam a opção por continuar como beneficiários do plano junto à Administradora de benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação do ato pelo respectivo órgão.

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.

8.9. Os dependentes que adquirirem essa condição após a inclusão dos servidores ativos e inativos, por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade, terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no citado Plano, sob pena do cumprimento da carência, conforme regulamentação da ANS.

8.10. Fica sujeito ao cumprimento de carência o retorno de beneficiários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada voluntariamente ou tenha se dado por motivo de inadimplência.

8.11. Em nenhuma hipótese poderá o beneficiário usufruir de mais de um plano de saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União.

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 órgão, 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 órgão quando da exoneração, cabendo ao ex-servidor o requerimento tempestivo para a manutenção do plano.

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

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.

8.15. Caberá ao beneficiário titular a apresentação de documentos que comprovem o vínculo com o MJSP ou com o órgão específico singular, a relação de dependentes e outros documentos que forem solicitados pela Administradora de Benefícios no ato da contratação.

8.16. A solicitação de exclusão de beneficiário do Plano de Assistência à Saúde poderá ocorrer a qualquer tempo a pedido do titular do plano, conforme a RN ANS nº 412/2016.

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

9. DO CANCELAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

9.1. A exclusão do titular no Plano de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de evento

ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, redistribuição, licença sem vencimento, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, falecimento, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano e outras situações previstas em Lei.

9.2. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no Plano de Assistência à Saúde, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º da Lei nº 8.112, de 1990, alterada pelo art. 9º da Lei 11.302, de 10 de maio de 2006.

9.3. A Administradora de Benefícios poderá promover a rescisão unilateral do contrato do plano de saúde dos servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas do MJSP ou dos órgãos específicos singulares, por fraude ou inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, desde que o servidor seja comprovadamente notificado até o 50º (quingüagésimo) dia de inadimplência.

9.4. O servidor que mantiver o recolhimento mensal de sua respectiva contribuição ao Plano de Seguridade Social do Servidor Público, nos termos do §3º do art. 183 da Lei nº 8.112, de 1990, fará jus ao benefício de que trata o art. 2º da Portaria Normativa SRH/MP nº 01, de 09 de março de 2017, e alterações posteriores.

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

9.6. Os servidores ativos e inativos do órgão 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.

9.7. O cancelamento do titular implica no cancelamento de todos os demais beneficiários dependentes e do grupo familiar.

10. DA CARÊNCIA

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.

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.

11. DA PORTABILIDADE

11.1. A Administradora de Benefício deverá observar e garantir as regras para portabilidade de carências que se dará de acordo com a norma de vigência estabelecida pela ANS (RN nº 252/2011 e alterações posteriores).

11.2. Os servidores que tiverem de optar por outro plano, por motivo de Remoção ou

Alteração de Exercício, disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrarem em exercício, para a 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 no item 10.2.

12. DOS BENEFÍCIOS

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.

13. DAS EXCLUSÕES

13.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656/98, e nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

14. DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

14.1. Atendimentos de emergência e urgência conforme descritos a seguir:

14.1.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

14.1.2. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

14.2. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras 24 (vinte e quatro) horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

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.

14.2.2. Caberão as operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando à continuidade do atendimento.

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.

14.4. Casos omissos neste Projeto Básico deverão seguir a legislação em vigor sobre o assunto.

15. DO REEMBOLSO

15.1. Conforme disposto no tipo de plano contratado, será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados ao beneficiário com assistência à saúde em território nacional, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas

operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, de acordo com as tabelas praticadas pelo plano, e sempre que:

15.1.1. O serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;

15.1.2. Se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento.

15.2. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.

15.3. Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, tais como greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser feito integralmente pelas operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento.

15.4. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios os seguintes documentos:

15.4.1. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

15.4.2. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

15.4.3. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e

15.4.4. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

15.5. Para fins de reembolso, o servidor ativo ou inativo e o pensionista deverão apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

15.6. Casos omissos neste Projeto Básico deverão seguir a legislação em vigor sobre o assunto.

16. DA 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.

16.2. Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 (vinte e quatro) horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

16.2.1. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus;

16.2.2. As operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber; e

16.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 14.2.2, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

16.3. Casos omissos neste Projeto Básico deverão seguir a legislação em vigor sobre o assunto.

17. DAS ACOMODAÇÕES

17.1. Nas acomodações será assegurada a internação em entidade hospitalar da rede credenciada pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, dependendo do tipo de plano aderido, independente da terminologia usada pelas instituições hospitalares, conforme a seguir:

17.1.1. PLANO BÁSICO: plano ambulatorial e hospitalar, com acomodação em enfermaria.

17.1.2. PLANO ESPECIAL: compreende o plano básico, mas com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante, conforme resolução vigente da ANS.

17.2. Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

17.3. Os planos deverão ser oferecidos nas modalidades com e/ou sem a coparticipação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

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.

17.5. Casos omissos neste Projeto Básico deverão seguir a legislação em vigor sobre o assunto.

18. DA UTI MÓVEL (PRONTO SOCORRO MÓVEL)

18.1. A Administradora de benefícios poderá oferecer o serviço de UTI Móvel aos beneficiários, sendo este um item não obrigatório deste Projeto Básico.

18.2. Atendimento imediato para os casos de quadros clínicos agudos que impliquem risco de morte. As características e condições da assistência incluem a presença, no local onde o paciente se encontre, de uma equipe liderada por um médico especialista, e pessoal técnico auxiliar, com todos os equipamentos e medicamentos necessários para tratar as emergências e suas possíveis complicações. O tratamento se prolongará até a estabilização do paciente e, caso seja indicado, proceder-se-á a remoção deste até um centro de tratamento definitivo, estruturado para evitar o risco vital.

18.3. São considerados quadros clínicos de emergência: cardiovasculares - parada cardiorrespiratória, infarto agudo do miocárdio, angina “pectoris”, edema agudo de pulmão, arritmias e acidente vascular cerebral; respiratórios - insuficiência respiratória aguda, crise asmática; neurológicos - síncope, convulsão, coma; comas metabólicos; politraumatismos graves; afogamentos; choques elétricos; intoxicações graves; anafilaxia; e qualquer situação que comprometa severamente um ou mais sistemas vitais.

18.4. A solicitação do atendimento deverá ser requerida através de central telefônica que atenderá às solicitações de serviços, sem interrupções, durante as 24 (vinte e quatro) horas, em todos os dias.

19. REDE CREDENCIADA

19.1. 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 nacional.

19.2. A Administradora deverá estabelecer, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da assinatura do Acordo de Parceria, um canal de comunicação direto para contato dos servidores deste Ministério (por telefone e por e-mail), onde será possível tratar dos assuntos diversos acerca dos planos contratados.

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.

19.4. Será obrigatório manter a rede credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta, sendo facultado às Administradoras de Benefícios, em momento posterior à assinatura do Acordo de Parceria, disponibilizar operadoras e/ou produtos com a finalidade de ampliar o atendimento oferecido.

19.5. Ambos os produtos (médico-hospitalar e odontológico) terão as coberturas previstas conforme rol estabelecido pela ANS.

20. OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

20.1. São obrigações da Administradora de Benefícios:

20.1.1. Disponibilizar Planos de Assistência à Saúde Suplementar na modalidade coletivo empresarial, por adesão, com no mínimo 01 (uma) operadora de serviços de assistência médico-hospitalar e 1 (uma) operadora de assistência à saúde odontológica, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, sendo que dentre as opções de planos de saúde e planos odontológicos, as administradoras credenciadas deverão oferecer, no mínimo, uma opção de cada tipo de plano, com cobertura nacional, aos servidores ativos e inativos, seus dependentes e aos pensionistas, bem como aos servidores de cargos de natureza especial, de cargos comissionados com e sem vínculo, conforme especificações deste Projeto Básico, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar e terapias de apoio, tais como fisioterapia e psicologia para tratamento das doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e legislação complementar da ANS.

20.1.2. Negociar, defendendo os interesses dos Beneficiários, junto às operadoras contratadas pela ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere à:

20.1.2.1. Negociação de reajuste;

20.1.2.2. Aplicação de mecanismos de regulação estabelecidos pelas operadoras dos planos privados de assistência à saúde; e

20.1.2.3. Alteração de rede assistencial.

- 20.1.3. Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial e odontológicos, junto aos beneficiários.
- 20.1.4. Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas no Acordo de Parceria, na legislação de Saúde Suplementar e na Proposta de Adesão.
- 20.1.5. Exigir dos beneficiários titulares documento que comprove seu vínculo junto ao Ministério, e, dos beneficiários dependentes, comprovantes de sua dependência.
- 20.1.6. Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários.
- 20.1.7. Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços e, na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, de forma a evitar a descontinuidade do atendimento aos usuários.
- 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.
- 20.1.9. Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e, responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras.
- 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.
- 20.1.11. Informar, por meio de carta (digital e/ou física), aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora com antecedência mínima de 30 dias.
- 20.1.12. Disponibilizar serviços de atendimento ao usuário da ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, sem prejuízo da central de atendimento das operadoras contratadas pela ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS.
- 20.1.13. Efetivar, quando solicitado, o aproveitamento de carências, conforme legislação em vigor.
- 20.1.14. Efetivar a troca de operadora, dentre as apresentadas pela ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS em sua proposta, a qualquer tempo, em caso de mudança do local de residência do beneficiário titular, para outra localidade em que o plano por ele escolhido não ofereça prestação de serviços equivalentes ao local da residência anterior.
- 20.1.15. Intervir, auxiliar e negociar em favor dos beneficiários, junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos.
- 20.1.16. Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado.
- 20.1.17. Fornecer a Declaração Anual de Quitação, relacionando os pagamentos mensais e o total.
- 20.1.18. Comunicar os beneficiários, por meio de carta (digital e/ou física), com antecedência mínima de 30 dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 anos, ou 24 anos para estudantes.
- 20.1.19. As administradoras de benefícios credenciadas deverão proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a RN ANS 255/2011.
- 20.1.20. Comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de

instrumento específico.

- 20.1.21. Entregar Declaração de Sustentabilidade Ambiental, conforme Anexo IV;
- 20.1.22. Informar os beneficiários, por meio de carta (eletrônica e/ou física) ou outro meio de comunicação digital, sobre situações e pendências cadastrais ou financeiras que possam acarretar o cancelamento do plano de saúde contratado.
- 20.1.23. Acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes, bem como a disponibilização da rede credenciada.
- 20.1.24. Fornecer, gratuitamente, em conjunto com a Operadora, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos). O referido manual pode ser fornecido de forma virtual/eletrônica, entretanto, caso haja solicitação do beneficiário, deverá ser fornecido de forma impressa.
- 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.
- 20.1.26. Manter, durante a vigência do Acordo de Parceria, todas as condições que ensejaram o credenciamento da instituição, particularmente ao que se refere à atualização de documentos e as condições exigidas por ocasião da realização de inspeções.
- 20.1.27. Comunicar o gestor deste instrumento, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços, bem como a mudança de endereço de suas instalações físicas.
- 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;
- 20.2. Poderão ser solicitados relatórios para divulgação pública, garantindo a transparência do Acordo de Parceria, respeitados os sigilos impostos pela legislação.
- 20.3. A Administradora de Benefícios poderá manter nas dependências do MJSP e dos órgãos específicos singulares, posto de apoio para atendimento aos servidores, podendo ser de forma fixa, em dias determinados ou em eventos específicos.
- 20.4. É vedado a Administradora de Benefícios subcontratar total ou parcial o objeto do Acordo de Parceria.
- 20.5. A Administradora de Benefícios atuará na condição de estipulante de plano coletivo a ser disponibilizado, assumindo o risco decorrente da inadimplência do beneficiário, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto, conforme regulamentação da ANS.

21. OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA POR MEIO DE SUAS OPERADORAS

- 21.1. São obrigações da administradora por meio de suas operadoras:
- 21.2. Caberá às Operadoras contratadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Acordo de Parceria, cumprir os dispositivos da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, com suas alterações e das Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº 428, de 7 de novembro de 2017, nº 309, de 24 de outubro de 2012, nº 196, de 14 de julho de 2009, nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009; da Portaria Normativa nº 1, de 09 de março de 2017, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; das orientações e especificações técnicas constantes neste Projeto Básico, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados, bem como atualizações posteriores.
- 21.3. Oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 (vinte e quatro) horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico.
- 21.4. Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento.
- 21.5. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados.
- 21.6. Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência da prestação de serviços.
- 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.
- 21.8. Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do Acordo de Parceria com a Administradora de Benefícios.
- 21.9. Fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários, de acordo como item 20.1.28, bem como encaminhar, mensalmente, relatório com o quantitativo de servidores ativos nos planos de saúde.
- 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;
- 21.11. Oferecer os serviços de “disque 24 horas”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.
- 21.12. Realizar o pagamento do reembolso nos seguintes termos:
- a) o pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.
 - b) em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento.

21.13. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de planos de saúde contratada pela Administradora de Benefício os seguintes documentos:

a) conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

b) recibos de pagamento dos honorários médicos;

c) relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e

d) laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

21.14. Informar, por meio de carta (digital e/ou física), aos beneficiários sobre inadimplências e eventuais cancelamentos, com antecedência.

22. OBRIGAÇÕES DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA E DOS ÓRGÃOS ESPECÍFICOS SINGULARES

22.1. São obrigações do MJSP e dos órgãos específicos singulares, sem ônus financeiro para a Administração:

22.1.1. Colocar à disposição da ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS informações e dados cadastrais dos beneficiários qualificados no objeto do presente Acordo de Parceria que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;

22.1.2. Permitir à ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS a divulgação de sua carteira de benefícios junto aos beneficiários de que trata o objeto do presente Acordo de Parceria por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, Internet e outros meios de divulgação;

22.1.3. Permitir aos profissionais da ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS o acesso às dependências do órgão, mediante prévia autorização e identificação, para orientar e explicar aos beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência do presente Acordo de Parceria.

22.1.4. Para os que requererem e atenderem as condições, creditar o valor referente ao auxílio de caráter indenizatório no contracheque do servidor como rendimento isento e não tributável para fins de Imposto de Renda Retido na Fonte, conforme alínea p, inciso I, art. 35 do Decreto nº 9.580, de 22 de novembro de 2018, no valor per capita mensal estabelecido pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

22.1.5. Acompanhar e fiscalizar a execução do Acordo de Parceria, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do acordo, ser exercidas por um representante do órgão especialmente designado na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata, comunicando as ocorrências de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas à autoridade superior.

23. REQUISITOS TÉCNICOS PARA ASSINATURA DO ACORDO DE PARCERIA

23.1. As empresas Administradoras de Benefícios interessadas em firmar Acordo de Parceria com o MJSP deverão cumprir as seguintes condições:

23.1.1. Estar devidamente registrada na ANS como administradora de benefícios, conforme

exigência da RN ANS nº 196/2009, e possuir autorização de funcionamento;

23.1.2. Estipular plano(s) de operadora(s) prestadora(s) dos serviços de saúde, devidamente registrada na ANS, que ofereçam aos beneficiários, a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde, conforme a RN ANS nº 465 de 24 de fevereiro de 2021 e neste Projeto Básico;

23.1.3. Apresentar preços dos planos de saúde incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços, conforme legislação em vigor;

23.1.4. Comprovar, através de atestados de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadoras devidamente registradas na ANS;

23.1.5. Apresentar declaração das operadoras conveniadas com a Administradora credenciada, que demonstre a permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde;

23.1.6. Apresentar a certidão mais recente expedida pela ANS, comprovando que a empresa atende às exigências de ativos garantidores, conforme RN ANS nº 203/2009;

23.1.7. Apresentar declaração de não possuir em seu quadro de pessoal, menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menores de 14 (catorze) anos em qualquer tipo de trabalho;

23.2. A Administradora apresentará ao MJSP os Termos de Contratos, Acordos ou Ajustes celebrados com as operadoras disponibilizadas, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e comprove o conhecimento das condições do Acordo de Parceria que vier a ser assinado com o MJSP.

24. DA VIGÊNCIA E DO REAJUSTE

24.1. O prazo de vigência do credenciamento será de 12 (doze) meses, período em que as administradoras de benefícios interessadas deverão entrar em contato com o MJSP para a apresentação da documentação de habilitação para análise e formalização.

24.2. O prazo de vigência do Acordo de Parceria assinado com a Administradora de Benefícios, terá validade de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por até 60 (sessenta) meses.

24.3. Após o transcurso dos 60 (sessenta) meses de vigência e prorrogação do Acordo de Parceria, as Administradoras de Benefícios deverão passar por nova habilitação para que, se habilitadas, formalizem um novo Acordo de Parceria com o MJSP.

24.4. O MJSP convocará as Administradoras de Benefícios aptas ao credenciamento para assinar os respectivos Acordo de Parceria, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da notificação para tal, sob pena de decair do direito ao credenciamento, no caso de descumprimento desse prazo fixado.

24.5. O prazo estabelecido no item anterior, para assinatura do Acordo de Parceria, poderá ser prorrogado uma única vez, por igual período, quando solicitado pela Administradora de Benefícios durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado e devidamente aceito pelo MJSP.

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 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).

24.7. Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados pela Administradora de Benefícios, comunicando ao MJSP, diretamente à Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas CGGP/SAA/SE.

25. ALTERAÇÃO SUBJETIVA

25.1. É admissível a fusão, cisão ou incorporação da contratada com/em outra pessoa jurídica, desde que:

25.1.1. Sejam observados pela nova pessoa jurídica todos os requisitos de habilitação exigidos na licitação original;

25.1.2. Sejam mantidas as demais cláusulas e condições do Acordo de Parceria;

25.1.3. Não haja prejuízo à execução do objeto pactuado e haja a anuência expressa da Administração à continuidade do Acordo de Parceria.

26. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

26.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros, provenientes do MJSP, ou dos órgãos específicos singulares a serem repassados diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor beneficiário.

26.2. O pagamento será realizado mediante boleto bancário ou autorização de débito na conta corrente, indicada no ato de adesão pelo beneficiário.

27. DO INÍCIO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

27.1. Após assinatura do Acordo de Parceria, as Administradoras têm até 5 (cinco) dias úteis para iniciar o oferecimento da prestação dos serviços aos beneficiários.

28. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

28.1. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Acordo de Parceria, as Administradoras de Benefícios, garantida a defesa prévia, ficam sujeitas às seguintes sanções, sem prejuízo da aplicação de outras penalidades previstas na Lei nº 8.666/93 e outras:

a) Advertência;

b) Suspensão temporária do direito de participar de licitação e impedimento de contratar com o MJSP, pelo prazo de até 2 (dois) anos;

c) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante a própria autoridade que aplicou a penalidade;

28.2. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo com rito estabelecido na Portaria nº 120/2016, observando-se as regras previstas na Lei nº 8.666/93 e, subsidiariamente, na Lei nº 9.784/99.

28.3. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, a abrangência do dano apontada pela área demandante, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade e da razoabilidade.

28.4. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

29. DOS CRITÉRIOS DE SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

29.1. Os serviços serão prestados de acordo com os critérios de sustentabilidade ambiental contidos no Art. 5º da Instrução Normativa nº 01, de 19 de janeiro de 2010, da Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – SLTI/MPOG e no Decreto nº 7.746/2012, da Casa Civil, da Presidência da República, no que couber;

29.2. Cumprir, no que couber, as exigências do inciso XI, art. 7º da Lei nº 12.305, de 02 de agosto de 2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS);

29.3. Cumprir, no que couber, as exigências do art. 6º da Instrução Normativa MPOG nº 01, de 19 de janeiro de 2010, que estabelece as práticas de sustentabilidade na execução dos serviços.

30. DISPOSIÇÕES GERAIS

30.1. Serão assegurados 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, respeitadas as situações de cobertura parcial temporária na forma prevista na legislação (RN nº 162/2007 e alterações posteriores).

30.2. Os serviços de pronto-socorro devem dar atendimento médico de urgência e emergência, durante 24 (vinte e quatro) horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internação e exames complementares de diagnóstico.

30.3. A Administradora de Benefícios deverá possuir, na data de assinatura do Acordo de Parceria, Central de Atendimento, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

30.4. As Administradoras de Benefícios, por meio das operadoras dos planos de saúde, reservam-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme Art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998.

30.5. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionadas na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios, de acordo com o plano subscrito por ele, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo às operadoras efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

30.6. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios do Plano de Assistência à Saúde.

30.7. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios poderão exigir autorização prévia para a realização de procedimentos, conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

30.8. Nos casos em que as operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios estabelecer autorização prévia, deverão ser atendidos os requisitos do Art. 3º da RN nº 259, de 17 de junho de 2011, e alterações posteriores.

30.9. Nos casos em que seja necessária a avaliação por junta médica, esta deverá

ser constituída por três membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da operadora, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

30.10. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

30.11. Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar, por vontade das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios, durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência.

30.12. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

30.13. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

30.14. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios não se responsabilizarão pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

30.15. Casos omissos neste Projeto Básico deverão seguir a legislação em vigor sobre o assunto.

30.16. Os casos omissos ou ambíguos na legislação serão dirimidos pela Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas da Subsecretaria de Administração, em conjunto com a Administradora de Benefícios, devendo sempre ser seguida a legislação em vigor sobre o assunto.

Geovani Alexandre Marques Ferreira

Chefe da Divisão de Promoção à Saúde

De acordo.

Submeta-se a aprovação da Coordenação-Geral de Gestão de pessoas, para prosseguimento.

Aline Carneiro de Aguiar

Coordenadora de Desenvolvimento Humano-Organizacional - Substituta

APROVO o presente Projeto Básico, no intuito de dar prosseguimento ao procedimento de 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) e dos órgãos específicos singulares: Arquivo

Nacional, Departamento Penitenciário Nacional, Polícia Federal e Polícia Rodoviária Federal nos termos do inciso I do art. 4º da Portaria SAA nº 37, de 10 de novembro de 2020.

José de Albuquerque Nogueira Filho
Coordenador-Geral de Gestão de Pessoas



Documento assinado eletronicamente por **Danielle Galdino Solouki, Chefe da Divisão de Promoção à Saúde - Substituto(a)**, em 08/08/2022, às 16:18, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://sei.autentica.mj.gov.br> informando o código verificador **18801923** e o código CRC **E2D8DF77**. O trâmite deste documento pode ser acompanhado pelo site <http://www.justica.gov.br/aceso-a-sistemas/protocolo> e tem validade de prova de registro de protocolo no Ministério da Justiça e Segurança Pública.

Referência: Processo nº 08007.006566/2019-13

SEI nº 18801923



18802006



08007.006566/2019-13



Ministério da Justiça e Segurança Pública
Secretaria-Executiva
Divisão de Licitações

ANEXOS DO PROJETO BÁSICO

ANEXO I - QUADRO DEMONSTRATIVO

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA - NÚCLEO CENTRAL				
Faixa Etária	Situação funcional			
	Quantidade			
	Ativo	Dependente	Inativo	Pensionista
0 - 18	0	648	-	5
19 - 23	3	169	-	4
24 - 28	32	214	-	-
29 - 33	93	275	-	1
34 - 38	239	346	-	1
39 - 43	281	299	-	11
44 - 48	159	203	2	17
49 - 53	123	91	5	17
54 - 58	116	131	43	43
59 acima	133	1.200	849	699
Total	1.179	3.579	899	798

ARQUIVO NACIONAL			
Faixa Etária	Situação funcional		
	Quantidade		
	Ativo	Inativo	Pensionista
0 - 18	0	0	4
19 - 23	0	0	2
24 - 28	2	0	0
29 - 33	17	0	0
34 - 38	50	0	1
39 - 43	89	0	0
44 - 48	63	0	2
49 - 53	31	0	1

54 - 58	70	0	3
59 acima	161	173	64
Total	483	173	77

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL			
Faixa Etária	Situação funcional		
	Quantidade		
	Ativo	Inativo	Pensionista
0 - 18	1.173	10	14
19 - 23	169	8	1
24 - 28	146	7	0
29 - 33	210	9	2
34 - 38	272	10	5
39 - 43	286	8	7
44 - 48	139	5	4
49 - 53	72	5	0
54 - 58	92	6	1
59 acima	598	16	1
Total	3.157	84	35

POLÍCIA FEDERAL				
Faixa Etária	Situação funcional			
	Quantidade			
	Ativo	Dependentes	Inativo	Pensionista
0 - 18	0	11.881	0	219
19 - 23	42	2.776	0	64
24 - 28	442	1.725	1	7
29 - 33	1.155	1.808	2	16
34 - 38	1.573	2.600	7	42
39 - 43	2.645	4.148	36	92
44 - 48	3.227	3.126	98	181
49 - 53	2.299	1.990	328	244
54 - 58	1.390	1.767	871	334
59 acima	1.466	8.445	6.253	2.850
Total	14.236	40.266	7.596	4.049

POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL				
Faixa Etária	Situação funcional			
	Quantidade			
	Ativo	Dependentes	Inativo	Pensionista
0 - 18	0	25.357	0	222
19 - 23	60	5.857	0	108
24 - 28	780	855	0	15
29 - 33	1.581	1.116	0	11
34 - 38	2.214	2.361	2	34
39 - 43	2.894	3.508	23	90
44 - 48	2.191	3.144	79	124
49 - 53	1.788	2.255	534	178
54 - 58	810	1.342	889	262
59 acima	504	10.927	5.091	2.306
Total	12.822	56.722	6.618	3.350

TOTAL POTENCIAL DE BENEFICIÁRIOS				
Faixa Etária	Situação funcional			
	Quantidade			
	Ativo	Dependentes	Inativo	Pensionista
0 - 18	1.173	37.886	10	464
19 - 23	232	8.802	8	179
24 - 28	960	2.794	8	22
29 - 33	1.901	3.199	11	30
34 - 38	2.775	5.307	19	83
39 - 43	3.550	7.955	67	200
44 - 48	2.552	6.473	184	328
49 - 53	2.014	4.336	872	440
54 - 58	1.088	3.240	1.809	643
59 acima	1.396	20.572	12.382	5.920
Total	17.641	100.564	15.370	8.309

ANEXO II - DECLARAÇÃO DE HABILITAÇÃO (PREENCHIMENTO VIA FORMULÁRIO SEI)

A (Nome da empresa)....., CNPJ nº....., por intermédio de seu representante legal o (a) Sr. (a)....., portador (a) da Carteira de Identidade nºe do CPF nº....., com sede (endereço completo), declara, perante a Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a sua habilitação no presente processo de credenciamento, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Cidade – (UF), de..... de 2022.

(representante legal)

ANEXO III - DECLARAÇÃO DE NÃO EMPREGO DE MENOR DE IDADE (PREENCHIMENTO VIA FORMULÁRIO SEI)

A empresa, inscrita no CNPJ nº por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a)....., portador (a) da Carteira de Identidade nºe do CPF nº....., DECLARA, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, regulamentada pelo Decreto nº 4.358/2002, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ().

(observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima)

(representante legal)

ANEXO IV - DECLARAÇÃO DE SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL (PREENCHIMENTO VIA FORMULÁRIO SEI)

PROPONENTE: _____

ENDEREÇO: _____

CNPJ: _____ **FONE/FAX:** _____

Declaro, sob as penas da Lei nº 6.938/1981, na qualidade de proponente do credenciamento público, instaurado pelo Processo de nº 08007.006566/2019-13, que atendemos aos critérios de qualidade ambiental e sustentabilidade socioambiental, respeitando as normas de proteção do meio ambiente.

Estou ciente da obrigatoriedade da apresentação das declarações e certidões pertinentes aos órgãos competentes, quando solicitadas, como requisito para habilitação e da obrigatoriedade do cumprimento integral ao que estabelece o art. 6º e seus incisos, da Instrução Normativa nº 01, de 19 de janeiro de 2010, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG e Decreto nº 7.746, de 5 de junho de 2012, que estabelece critérios, práticas e diretrizes para a promoção do desenvolvimento nacional sustentável.

Estou ciente da obrigatoriedade da apresentação do registro no Cadastro Técnico Federal de Atividades Potencialmente Poluidoras ou Utilizadoras de Recursos Ambientais caso minha empresa exerça uma das atividades constantes no Anexo II da Instrução Normativa nº 31, de 03 de dezembro de 2009, do IBAMA.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente.

_____ de _____ de 2022.

(representante legal)

ANEXO V - DECLARAÇÃO DE CONTRATAÇÃO FUTURA DE REDE CREDENCIADA (PREENCHIMENTO VIA FORMULÁRIO SEI)

A empresa, inscrita no CNPJ nº, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a)....., portador (a) da Carteira de Identidade nºe do CPF nº....., com sede (endereço completo), contato telefônico:, e-mail:, DECLARA que no ato da assinatura do Acordo de Parceria apresentará os instrumentos celebrados entre a Administradora e sua rede credenciada, nos termos do Edital e anexos.

(representante legal)



Documento assinado eletronicamente por **Danielle Galdino Solouki, Chefe da Divisão de Promoção à Saúde - Substituto(a)**, em 08/08/2022, às 16:18, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://sei.autentica.mj.gov.br> informando o código verificador **18802006** e o código CRC **8094C9FF**

O trâmite deste documento pode ser acompanhado pelo site

<http://www.justica.gov.br/aceso-a-sistemas/protocolo> e tem validade de prova de registro de protocolo no Ministério da Justiça e Segurança Pública.

Referência: Processo nº 08007.006566/2019-13

SEI nº 18802006

MINUTA

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENAÇÃO-GERAL DE LICITAÇÕES E CONTRATOS

ANEXO II DO EDITAL

MINUTA DE ACORDO DE PARCERIA

* MINUTA DE DOCUMENTO

ACORDO DE
PARCERIA XX/2021 QUE
ENTRE SI
CELEBRAM A
UNIÃO,
REPRESENTADA
PELO
MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA
PÚBLICA, POR
INTERMÉDIO DA
COORDENAÇÃO-
GERAL DE
GESTÃO DE
PESSOAS E DA
COORDENAÇÃO-
GERAL DE
LICITAÇÕES E
CONTRATOS, E A
XXXXXXXXXXXXX
PROCESSO
Nº 08007.006566/2019-
13

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

O **MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA** (havante denominado **MJSP**, com sede na Esplanada dos Ministérios, CEP 70064-900, Brasília/DF, inscrito no CNPJ sob o nº 00.394.494/0013-70 neste ato representado pelo Coordenador-Geral de Gestão De Pessoas, Senhor **JOSÉ DE ALBUQUERQUE NOGUEIRA FILHO**, brasileiro, solteiro, portador da CI nº 94017001470-SSP-CE e do CPF nº 629.773.933-15, nomeado pela Portaria nº 68 de 16 de junho de 2015, publicada na D.O.U de

16 de junho de 2015 e com delegação de competência fixada pela Portaria _____, e pela Coordenadora-Geral de Licitações e Contratos, Sra. **DÉBORA DE SOUZA JANUÁRIO** brasileira, solteira, portadora do RG nº 3.558.79980–SSP/SP e do CPF nº 712.315.791-53, nomeada pela Portaria nº 1.087, de 06 de novembro de 2015, publicada no D.O.U de 09 de novembro 2015 e com delegação de competência fixada pela Portaria _____, doravante denominado **MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA**.

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

A empresa _____, inscrita no cadastro nacional de pessoa jurídica - CNPJ nº _____, sediada no _____, em _____, neste ato representada pelo seu representante legal _____, cargo, nacionalidade, estado civil, portador da carteira de identidade nº _____, expedida pela _____, inscrito no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado na _____, em _____, doravante denominada **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, resolvem celebrar o presente Acordo de Parceria, decorrente do processo **08007.006566/2019-13**, e em observância às disposições da Lei nº 9.656, 03 de junho de 1998, com suas alterações, pelas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº 309, de 24/10/2012, pela Resolução Normativa nº 428, de 7 de novembro de 2017, pela Resolução Normativa nº 438, de 03/12/2018, pela Resolução nº 195, de 14/07/09 (alterada pela Resolução Normativa nº 200, de 13/08/09), 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 09/03/2017, da Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações do Trabalho no Serviço Público do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão e orientações e especificações técnicas constantes do Projeto Básico, Edital de Credenciamento nº xxx/xxxx e demais orientações posteriores, pertinentes ao assunto, mediante as cláusulas e condições a seguir enunciadas.

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

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) e dos órgãos específicos singulares: Arquivo Nacional (AN), Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), Polícia Federal (PF) e Polícia Rodoviária Federal (PRF), a saber: 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. Dentre as opções de planos de saúde e planos odontológicos, as administradoras credenciadas deverão oferecer, no mínimo, uma opção de cada tipo de plano, com cobertura nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, 03 de junho de 1998, com suas alterações; pelas Resoluções Normativas (RN) da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (nº 309, de 24 de outubro de 2012; nº 428, de 7 de novembro de 2017; nº 438, de 03 de dezembro de 2018; nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009; e nº 196, de 14 de julho de 2009); pela Portaria Normativa nº 1, de 09 de março de 2017, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; e pelas orientações e especificações técnicas constantes neste Projeto Básico e demais orientações posteriores pertinentes ao assunto.

1.2. Este Acordo de Parceria vincula-se ao Edital de Credenciamento e ao Projeto Básico, independentemente de transcrição.

2. CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

2.1. O prazo de vigência deste Acordo de Parceria terá validade é de 12 (doze) meses, com início na data de/...../..... e encerramento em/...../....., podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite de 60 (sessenta) meses, com fundamento no art. 57, inciso II, da Lei n.º 8.666/93, desde que haja autorização formal da autoridade competente e observados os seguintes requisitos:

2.1.1. Os serviços tenham sido prestados regularmente;

2.1.2. Esteja formalmente demonstrado que a forma de prestação dos serviços tem natureza continuada;

- 2.1.3. Seja juntado relatório do agente responsável pela fiscalização que discorra sobre a execução do Acordo de Parceria, com informações de que os serviços tenham sido prestados regularmente;
- 2.1.4. Seja juntada justificativa e motivo, por escrito, de que a administração mantém interesse na realização do serviço;
- 2.1.5. Haja manifestação expressa da Administradora de Benefícios informando o interesse na prorrogação;
- 2.1.6. Seja comprovado que a Administradora de Benefícios mantém as condições iniciais de habilitação.
- 2.2. Após o transcurso dos 60 (sessenta) meses de vigência e prorrogação do Acordo de Parceria, as Administradoras de Benefícios deverão passar por nova habilitação para que, se habilitadas, formalizem um novo Acordo de Parceria com o MJSP.
- 2.3. A Administradora de Benefícios não tem direito subjetivo à prorrogação do acordo de parceria.
- 2.4. A prorrogação do Acordo de Parceria deverá ser promovida mediante celebração de Termo Aditivo.

3. CLÁUSULA TERCEIRA – DO REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE

- 3.1. Observando o disposto na Resolução Normativa ANS nº 309, de 24/10/2012, e demais normas em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários do Ministério da Justiça e Segurança Pública, poderão ser objeto de reajuste, observado o interregno 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).
- 3.2. Os reajustes, quando pleiteados pela Operadora, deverão ser negociados pela Administradora de Benefícios, comunicando ao Ministério da Justiça e Segurança Pública, diretamente à Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas CGGP/SA/SE/MJSP.

4. CLÁUSULA QUARTA -DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

- 4.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Ministério da Justiça e Segurança Pública a serem repassados diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do plano de assistência à saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

5. CLÁUSULA QUINTA - DO PAGAMENTO

- 5.1. O pagamento será realizado mediante consignação em folha ou autorização de débito na conta corrente indicada no ato de adesão pelo beneficiário, ou mediante boleto bancário, quando não for possível a cobrança nas hipóteses anteriores.

6. CLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA E DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

- 6.1. As obrigações do Ministério da Justiça e Segurança Pública e da Administradora de Benefícios são aquelas previstas no Projeto Básico, anexo do Edital.

7. CLÁUSULA SÉTIMA- SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

- 7.1. As sanções relacionadas à execução do Acordo de Parceria são aquelas previstas no Projeto Básico, anexo do Edital.

8. CLÁUSULA OITAVA - ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

- 8.1. A execução dos serviços a serem executados pela Administradora de Benefícios e a fiscalização pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública são aqueles previstos no Projeto Básico, anexo do Edital.

9. CLÁUSULA NONA - DO TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

- 9.1. As obrigações da Administradora de Benefícios inerentes ao sigilo e à confidencialidade

das informações são aquelas previstas no Projeto Básico, anexo do Edital.

10. CLÁUSULA DÉCIMA - VEDAÇÕES

10.1. É vedado à Administradora de Benefícios subcontratar o total ou parcial o objeto deste Acordo de Parceria.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOS CASOS OMISSOS

11.1. Os casos omissos serão dirimidos pela Subsecretaria de Administração, em conjunto com a Administradora de Benefícios.

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA PUBLICAÇÃO

12.1. O presente Acordo de Parceria será publicado, na forma de extrato, até o quinto dia útil do mês subsequente ao da sua assinatura, no Diário Oficial da União, conforme disposto no art. 61, parágrafo único, da Lei nº 8.666/1993, ficando as despesas da publicação a cargo do Ministério da Justiça e Segurança Pública.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO

13.1. Fica eleito a Seção Judiciária do Distrito Federal, para solução de controvérsias que não possam ser dirimidas administrativamente entre os partícipes, ou pela Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Federal - CCAF, com exclusão de qualquer outro, para decidir as demandas decorrentes do cumprimento desde Acordo.

13.2. E, por estarem justas e acordadas entre os partícipes as condições deste Acordo de Parceria, foi o presente assinado eletronicamente pelas partes, juntamente com as testemunhas abaixo indicadas, para que produza seus efeitos jurídicos e legais em juízo e fora dele.

14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA ASSINATURA ELETRÔNICA

14.1. O presente instrumento será firmado através de assinatura eletrônica e/ou digital, certificada pelo Sistema Eletrônico de Informações do Ministério da Justiça e Segurança Pública, garantida a eficácia das Cláusulas, nos termos do Decreto nº 8.539, de 08 de outubro de 2015.

14.2. A sua autenticidade poderá ser atestada a qualquer tempo, seguindo os procedimentos impressos na nota de rodapé, não podendo, desta forma, os partícipes se oporem à sua utilização.

DÉBORA DE SOUZA JANUÁRIO
Coordenadora-Geral de Licitações e Contratos
Ministério da Justiça e Segurança Pública

JOSÉ DE ALBUQUERQUE NOGUEIRA FILHO
Coordenador-Geral de Gestão de Pessoas
Ministério da Justiça e Segurança Pública

REPRESENTANTE LEGAL
Administradora de Benefícios

TESTEMUNHAS

1-



Documento assinado eletronicamente por **Danielle Galdino Solouki, Chefe da Divisão de Promoção à Saúde - Substituto(a)**, em 08/08/2022, às 16:19, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://sei.autentica.mj.gov.br> informando o código verificador **18816192** e o código CRC **FOCE8464**.
O trâmite deste documento pode ser acompanhado pelo site <http://www.justica.gov.br/acesso-a-sistemas/protocolo> e tem validade de prova de registro de protocolo no Ministério da Justiça e Segurança Pública.