



**À Comissão Especial de Avaliação**  
**Ministério da Justiça e Segurança Pública**  
[licitacao@mj.gov.br](mailto:licitacao@mj.gov.br)

**Assunto: Pedido de Esclarecimentos ao Edital de Credenciamento nº 02-2022**  
**PROCESSO Nº 08007.006566/2019-13**

Prezado(as) da Comissão,

**Objeto:** 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 @po 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 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; nº 465 de 24 de fevereiro de 2021; nº 515 de 29 de abril de 2022); 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.

A QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A., inscrita no CNPJ nº 07.658.098/0001-18 e registrada na ANS sob o nº 417173, interessada em participar deste processo licitatório, vem à presença de V.Sas., solicitar *ESCLARECIMENTOS* sobre as disposições contidas no ato de convocação epigrafado, conforme adiante se especifica:

**PERGUNTA 01:** De acordo com a norma regulatória da ANS, os contratos de assistência à saúde coletivos empresariais são regidos pela RN 195, mais especificadamente em seu artigo 5º que conceitua “é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária”.

Mais escolhas para você.

Mais Quali para a sua vida. ●

[qualicorp.com.br](http://qualicorp.com.br)

Seguindo este princípio, obrigatoriamente, a Seguradora somente pode aceitar em seu plano beneficiários com este vínculo ao Ministério da Justiça e Segurança Pública, os pensionistas, não se enquadram nesta situação.

No §2º do referido artigo prevê ainda que a adesão do grupo familiar está condicionada à participação do beneficiário titular no contrato. Neste sentido, é garantida a inclusão do pensionista desde que esta condição ocorra durante a vigência do contrato, ou seja, no ato da nova contratação o titular que possuía vínculo com a Administração de Cuiabá falece durante a vigência do contrato, tornando um dos dependentes o pensionista.

Desta forma é possível a inclusão do pensionista, nos termos da RN 279, o qual se manterá ativo de acordo com o período de contribuição que o titular teve. Diferente da situação de inclusão de beneficiário já na condição de pensionista, o que não é possível, pois, esta condição reflete inequivocamente a ausência de participação do beneficiário titular com elegibilidade ao contrato (que será firmado).

Concluindo, no caso de uma nova contratação de plano de saúde e odontológico, os pensionistas ainda que já vinculados ao contrato anterior, não terão elegibilidade para aderir ao novo contrato celebrado, uma vez que não mais existe a figura do titular elegível que permita a inclusão do dependente conforme dispõe o artigo 5º, § 2º da RN 195/09.

Considerando o parecer acima, fundamentado em um parecer e entendimento emitido pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) questionamos se este r. órgão concorda com o risco regulatório que a operadora estará exposta, podendo sofrer penalidades do órgão regulador ANS e, portanto, solicitamos a reanálise do item supracitado que dispõe sobre a garantia ao pensionista, no sentido de limitar esta categoria somente aos pensionistas que adquiriram esta condição durante a vigência do contrato, havendo previamente a figura do titular elegível, devendo, conseqüentemente, esta condição refletir aos demais itens do edital que preveem a condição do pensionista.

Página 16

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

**PERGUNTA 02:** O Órgão está ciente e de acordo que será observada as regras de carência nos moldes da RN nº 195/2009, que dispõe quanto a classificação e características dos planos de saúde, bem como, as licitantes observarão as regras previstas para isenção de cobertura parcial temporária (CPT) nas situações descritas no artigo 7º da RN 195/09, e que poderão aplicar CPT fora dessas situações, nos termos da RN 162/07, que dispõe sobre as doenças preexistentes frente a Cobertura Parcial Temporária. Cientes e de acordo? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

**ITEM 10.2, PÁG. 17 – DA CARÊNCIA**

**PERGUNTA 03:** Favor ratificar o entendimento de que, os prazos de carências a serem aplicados serão os previstos contratualmente, na hipótese destes serem inferiores ao disposto no item em epígrafe. Está correto esse entendimento? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

**PERGUNTA 04:** Por gentileza informar se as licitantes poderão apresentar planos com reembolso "livre escolha", onde é possível o beneficiário optar por utilizar os recursos/médicos da rede credenciada da operadora/seguradora ou então escolher livremente qual o recurso/médico que gostaria de utilizar, podendo solicitar posteriormente o reembolso dos valores pagos previamente ao recurso/médico escolhido, onde serão reembolsados conforme tabela de valores fornecidos pela Administradora. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

**PERGUNTA 05:** Além das condições estabelecidas em Edital, poderá ser considerada as CONDIÇÕES GERAIS do produto SEGURO SAÚDE da Operadora/Seguradora vinculada a Administradora vencedora do processo licitatório?

**ITEM 16 E 18 - REMOÇÕES E UTI MÓVEL,**

**PERGUNTA 06:** Por favor ratificar o nosso entendimento de que todas as remoções serão nos termos da ANS RN 490/22, que dispõe sobre a cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência, e das Diretrizes de Utilização (DUT) aplicáveis anexo II e suas atualizações. Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

Página 24

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

**PERGUNTA 07:** Por questões de Política Ambiental e de Sustentabilidade, e com intuito de sempre proporcionar agilidade e segurança nos dados compartilhados, por favor ratificar o nosso entendimento de que o Guia/Manual de Rede Referenciada, bem como a carteirinha dos beneficiários, poderão ser disponibilizados de forma virtual, sendo ambos disponibilizados no aplicativo e site eletrônico para consulta, além ainda de no caso de eventuais dúvidas será disponibilizado atendimento telefônico 0800.

#### **ITEM 21.10, PÁG. 24 – DOENÇAS PREEXISTENTES, CONGENITAS E INFECCIOSAS**

**PERGUNTA 08:** Por gentileza informar se poderá ser aplicada a cobertura parcial temporária, CPT, para doenças preexistentes, nos termos da RN 162/2007. Nosso entendimento está correto? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

Página 26

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).

**PERGUNTA 09:** Favor ratificar o nosso entendimento de que o item supracitado, possui erro material, haja vista que a aplicação da RN nº 309/12, que dispõe sobre o agrupamento de vidas nos contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste, se aplica apenas nas hipóteses de contratos que possuam o limite de 30 (trinta) vidas, divergente a quantidade estimada e prevista no presente instrumento convocatório, especialmente em seu ANEXO I – Quadro Demonstrativo, onde é ilustrado quantitativo de 141.884 beneficiários. Nosso entendimento está correto? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

**PERGUNTA 10:** Está correto nosso entendimento de que as regras de credenciamento e descredenciamento de rede estão subordinadas às disposições da Lei 9.656/98, especialmente no que tange o art. 17, bem como a Resolução Normativas nº 365 e Instrução Normativa - nº 46 da ANS e eventuais alterações pertinentes a matéria. Ademais, ratificar nosso entendimento de que a Administração aceitará como forma de notificação, a comunicação realizada por meio do Portal Corporativo e a Central de Atendimento das operadoras/seguradoras, sendo que esses canais permanecem devidamente atualizados com as informações das substituições havidas em sua rede assistencial não hospitalar para consulta pelos beneficiários, observando os critérios mínimos definidos em Instrução Normativa da DIDES (Diretoria de Desenvolvimento Setorial). Cientes e de acordo?

Mais escolhas para você.

Mais Quali para a sua vida. ●

[qualicorp.com.br](http://qualicorp.com.br)

**PERGUNTA 11:** Quanto aos relatórios/faturas serão disponibilizados na área logada em portal eletrônico, onde será disponibilizado login e senha para acesso. O Órgão está ciente e de acordo?

**PERGUNTA 12:** Com intuito de ampliar a competitividade e isonomia do processo licitatório, considerando os limites das obrigações contratuais, na hipótese da empresa ora denominada contratada não instituir retenção de ISS, conforme preconiza a Lei Complementar nº 116/2003, Lei nº 13.701/2003 e Portaria 14/2004-SF, sendo isenta por lei de realizar emissão de Nota Fiscal, podemos considerar válida a substituição de apresentação de Nota Fiscal por Apólice, Fatura e Boleto?

**PERGUNTA 13:** No intuito de ampliar a isonomia e competitividade do processo, bem como em observância aos critérios para prestação dos serviços a serem contratados, o órgão está ciente e de acordo que a notificação compulsória de doenças contagiosas deverá ser realizada pelo médico em seu atendimento em conjunto ao beneficiário, após o seu diagnóstico, devendo o beneficiário notificar a Administração, garantindo o sigilo médico entre as partes? Ciente e de acordo? Caso Negativo, favor explicar detalhadamente.

**PERGUNTA 14:** Podemos entender que as cobranças para os beneficiários ativos serão de responsabilidade do Órgão contratante, ou seja, sendo apenas de responsabilidade da empresa contratada as cobranças para os inativos. Nosso entendimento está correto? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

**PERGUNTA 15:** Favor ratificar o nosso entendimento de que todos os segurados inativos (Aposentados e Demitidos), estão e/ou estarão de acordo com a Lei 9.656/98, bem como, de acordo com as regras da RN 488/22, que regulamenta o direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados. Está correto este entendimento? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

**PERGUNTA 16:** Por favor ratificar o nosso entendimento de que todas as coberturas previstas no edital serão nos termos do Rol da ANS RN 465/21 e das Diretrizes de Utilização (DUT) aplicáveis anexo II e suas atualizações, sendo as mesmas devidamente analisadas pela contratada. Está correto este entendimento? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

30.9. 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 Anexo do Edital I - Projeto Básico (21068857) SEI 08007.006566/2019-13 / pg. 28 nº 259, de 17 de junho de 2011, e alterações posteriores.

**PERGUNTA 17:** Favor ratificar o entendimento de que as autorizações se darão nos prazos estabelecidos e serão conforme as Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a Resolução Normativa nº 259/2011 e 395/2011, que dispõem sobre os procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação. Está correto este entendimento? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

Página 29

30.10. 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.

**PERGUNTA 18:** Favor ratificar o entendimento de que as divergências assistenciais sobre os procedimentos e/ou eventos a serem cobertos pelo plano de saúde a ser contrato, serão dirimidas junto a Junta Médica, nos termos da Resolução Normativa nº 424/17 e suas atualizações. Está correto este entendimento? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

**PERGUNTA 19:** Para o Reajuste por Sinistralidade, caso o resultado fique superior a 70% (setenta por cento), a contratada realizará o cálculo para identificação do percentual de Reajuste por Sinistralidade do Contrato.

Sinistralidade é o resultado obtido pela divisão do valor total dos sinistros pagos alocados pelo mês de pagamento pelo total de prêmios recebidos líquidos de IOF, desprezados os primeiros três (3) meses do período analisado; de acordo com a formulação descrita abaixo:

$$\text{Índice de Sinistralidade} = \frac{\text{Sinistro}}{\text{Prêmio}}$$

Onde:

Índice de Sinistralidade é o resultado obtido pela divisão do valor total dos sinistros pagos alocados pelo mês de pagamento pelo total de prêmios recebidos líquidos de IOF, desprezados os primeiros três (3) meses do período analisado;

Sinistro = Corresponde ao total de sinistros pagos dentro do período de apuração;

Prêmio = Corresponde ao total de Prêmios Recebidos, do Contrato, descontado o IOF – Imposto de Operações Financeiras, dentro do período de apuração.

Onde:

$$\text{Reajuste de Sinistralidade} = \left( \left( \frac{IS}{0,70} \right) - 1 \right) * 100$$

*Sinistro* = Corresponde ao total de sinistros pagos dentro do período de apuração;

*PR* = Corresponde ao total de Prêmios Recebidos, do Contrato, descontado o IOF – Imposto de Operações Financeiras, dentro do período de apuração;

*IS* = Índice de Sinistralidade

O Reajuste de Sinistralidade (RS) será considerado 0 (zero) sempre que o valor obtido pela sua formulação resultar em número inferior a 0 (zero).

O resultado obtido na conta é o Índice de Reajuste de Sinistralidade.

Por todo o exposto, gentileza ratificar poderá ser aplicado ambos os reajustes, por Sinistralidade/técnico, se o resultado estiver acima de 70%, e mais o Financeiro, independente do resultado, no aniversário do contrato (a cada 12 meses), considerando as fórmulas de cálculo e especificações acima descritas. Está correto este entendimento? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

**PERGUNTA 20:** Considerando que esta Seguradora considera as seguintes modalidades de apuração de resultado:

1) REGIME DE CAIXA:

- Na 1ª (primeira) avaliação, o período de apuração compreenderá do 4º (quarto) ao 9º (nono) mês de vigência do Contrato, com a aplicação do resultado no faturamento do 13º (décimo terceiro) mês de vigência do Contrato, ou seja, no mês do seu aniversário.

- As reavaliações subsequentes à do 1º período de apuração, serão realizadas, sucessivamente, considerando-se os 12 (doze) meses seguintes ao do último período avaliado. Onde, na 2ª (segunda) avaliação, compreenderá do 10º (décimo) ao 21º (vigésimo primeiro) mês, com aplicação do resultado no faturamento do 25º (vigésimo quinto) mês e assim sucessivamente.

O reajuste sempre será aplicado no aniversário do Contrato, relativo à sua data-base.

OU

2) REGIME COMPETÊNCIA:

- Na 1ª (primeira) avaliação, o período de apuração compreenderá do 1º (primeiro) ao 6º (sexto) mês de vigência do Contrato, com a aplicação do resultado no faturamento do 13º (décimo terceiro) mês de vigência do Contrato, ou seja, no mês do seu aniversário;

- As reavaliações subsequentes à do 1º período de apuração, serão realizadas, sucessivamente, considerando-se os 12 (doze) meses seguintes ao do último período avaliado. Onde, na 2ª (segunda) avaliação, compreenderá do 7º (sétimo) ao 18º (décimo oitavo) mês, com aplicação do resultado no faturamento do 25º (vigésimo quinto) mês e assim sucessivamente.

O reajuste sempre será aplicado no aniversário do Contrato, relativo à sua data-base.

**PERGUNTA 21:** Por todo o exposto, considerando as formas de apuração de resultado/sinistralidade descritas logo acima e disponíveis pelo mercado segurador, por gentileza informar qual destas modalidades de período de apuração podemos considerar para o órgão, Regime 1) CAIXA ou 2) COMPETÊNCIA?

**PERGUNTA 22:** No intuito de ampliar a isonomia e competitividade do processo, gentilmente pedimos a disponibilização dos CIDs dos Afastados e data de afastamento das atividades, bem como o relatório médico dos casos crônicos.

**PERGUNTA 23:** No intuito de ampliar a isonomia e competitividade do processo, para que seja possível a análise e precificação, gentilmente pedimos a disponibilização do relatório de sinistralidade com prêmio, sinistro e evolução de vidas dos últimos 12 meses, distribuição de vidas e prêmios por plano e coparticipação atual, bem como informações complementares sobre casos de afastados, home care, crônicos e gestantes.

**PERGUNTA 24:** No intuito de ampliar a isonomia e competitividade do processo, para que seja possível a análise e precificação, gentilmente pedimos a disponibilização da relação de vidas distribuídas por região.

**PERGUNTA 25:** O Órgão está ciente e de acordo que, os reembolsos serão pagos em conformidade a tabela presente nas Condições Gerais da operadora/seguradora, mediante encaminhamento das devidas comprovações de atendimento. Cientes e de acordo? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

**PERGUNTA 26:** Por gentileza ratificar o nosso entendimento de que será obrigatório apresentação do registro dos planos ofertados no momento da habilitação.

**PERGUNTA 27:** No intuito de ampliar a competitividade e isonomia do processo em epígrafe, em atenção a Lei nº 12.682/2012, regulamentada pelo Decreto nº 10.278/2020, que dispõem sobre a legalidade da elaboração e do arquivamento de documentos em meios eletromagnéticos, gentilmente solicitamos a possibilidade de ratificar o nosso entendimento de que os documentos assinados, emitidos e autenticados por meios digitais possuem legalidade jurídica e serão considerados originais e válidos para a participação no presente processo licitatório. Está correto o nosso entendimento? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.

**PERGUNTA 28:** Por gentileza ratificar o entendimento de que, a habilitação exigida no instrumento convocatório deverão ser apresentados em nome das Administradoras, a quem destina o presente processo licitatório, sendo solicitados documentos em nome de Operadoras/Seguradoras apenas para fins de diligência, caso necessário. Está correto o nosso entendimento? Caso negativo, favor explicar detalhadamente.



Página 23

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

**PERGUNTA 29:** Para que as licitantes possam atender ao item supracitado, por gentileza informar quais ações são esperadas pelo MJSP e a quantidade anual (estimativa) deverão ofertadas aos servidores e dependentes.

**PERGUNTA 30:** Por favor ratificar nosso entendimento de que serão aplicáveis à presente contratação as regras de atendimento estabelecidas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial às RN’s nº 259 e 268, que tratam da garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado nas cidades limítrofes, bem como as Instruções Normativas ANS nº 56/14 e 54/18, que por sua vez, dispõem sobre sobre as solicitações de substituição de entidade hospitalar e de redimensionamento de rede por redução. Nosso entendimento está correto? Se negativo, favor explicar detalhadamente.

Página 16

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.

**PERGUNTA 31:** Por favor ratificar nosso entendimento de que o item supracitado, trata-se de uma mera liberalidade da Administradora de benefício, ou seja, a manutenção do servidor não é obrigatória? Se negativo, favor explicar detalhadamente.

**PERGUNTA 32:** Favor informar o quantitativo de vidas por elegibilidade (titular, dependentes, agregados, pensionistas e divorciados) que estão no contrato atual.

Brasília-DF, 26 de dezembro de 2022.

Cordialmente



Michele Pereira de Oliveira Santos  
Superintendente de Implantação e Relacionamento com Clientes  
Qualicorp Administradora de Benefícios S.A.