



21462538



08007.006566/2019-13



Ministério da Justiça e Segurança Pública
Secretaria-Executiva
Divisão de Promoção à Saúde

NOTA TÉCNICA Nº 22/2022/DIPS/CDHO/CGGP/SAA/SE/MJ

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 08007.006566/2019-13

INTERESSADO: COORDENAÇÃO-GERAL DE GESTÃO DE PESSOAS

Assunto: Pedido de esclarecimento nº 03 (SEI nº 21207612)

1. DO OBJETO

1.1. Trata-se do Pedido de Esclarecimento nº 04 (SEI nº 21458399) ao CREDENCIAMENTO Nº 02/2022, republicado em 09/12/2022, DOU, seção 3, página 231, cujo objeto é o 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.

2. DA SOLICITAÇÃO

2.1. O pedido de esclarecimento foi apresentado pela empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A., inscrita no CNPJ nº 07.658.098/0001- 18, contendo as seguintes perguntas:

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”.

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.

2.1.1. Ao contrário do contido no segundo parágrafo da pergunta, os pensionistas têm vínculo com o Ministério da Justiça e Segurança Pública, pois se habilitaram para tal vínculo na condição de "pensionista". Diante dessa condição de vínculo com o órgão, o pensionista passa a ser o beneficiário titular da assistência à saúde suplementar, inclusive, fazendo jus, ao auxílio saúde, mediante ressarcimento.

2.1.2. A previsão de que os pensionistas possam ser beneficiários de assistência à saúde suplementar está contida, sem equívoco, na Portaria Normativa MPOG nº. 01 de 09/03/2017.

2.1.3. Entendemos que o contido no artigo 5º, § 2º da RN 195/09, refere-se à impossibilidade da participação de beneficiários do grupo familiar no plano de saúde, sem a participação do beneficiário titular ativo. Este entendimento é corroborado pelo §4º do art. 6º da citada Portaria Normativa MPOG nº. 01.

2.1.4. Cabe à administradora, junto com as operadoras, promover incentivos e ações que visem captar clientes, por meio de ofertas de períodos de isenções de carências ou outras estratégias comerciais aplicáveis ao setor.

2.1.5. A Administradora e as operadoras dos planos de saúde devem observar as legislações e regulamentações incidentes em todos os atos da prestação dos serviços, objeto do credenciamento, não cabendo ao órgão concordar com nenhum risco regulatório no caso de atuação em desconformidade legal.

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.

2.1.6. A aplicação das regras de carência e da Cobertura Parcial Temporária (CPT) deverá ser efetivada nos termos da regulamentação vigente.

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.

2.1.7. A aplicação das regras de carência deverão ser efetivadas nos termos da regulamentação vigente.

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.

2.1.8. Conforme objeto deste credenciamento, a administradora credenciada deverá oferecer planos de saúde e planos odontológicos, sendo, no mínimo, uma opção de cada tipo de plano, com cobertura nacional, não havendo referência ou restrição a planos com opção de livre escolha para fins de reembolso.

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?

2.1.9. Não podem. O objeto do credenciamento não prevê oferecimento de seguro saúde.

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.

2.1.10. A cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com segmentação hospitalar, deverá ser aplicada nos termos da legislação vigente.

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.

2.1.11. O fornecimento do Guia/Manual de Rede Referenciada e da carteira de identificação poderá ser por meio digital, caso esse procedimento seja rotina da administradora de benefícios, devendo garantir que a rede credenciada esteja habilitada para aceitar a apresentação da carteira de identificação por meio digital, não causando nenhum prejuízo, embaraço ou obstáculo ao atendimento de seus beneficiários.

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.

2.1.12. A aplicação da Cobertura Parcial Temporária (CPT) deverá ser efetivada nos termos da regulamentação vigente.

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.

2.1.13. Em que pese o quantitativo ilustrado, a RN ANS nº 309/2012 prevê o agrupamento de contratos coletivos para fins de cálculo e aplicação de reajuste nos casos aplicáveis, sendo que o subitem transcrito, trás em seu texto a previsão de que os preços dos planos contratados pelos beneficiários poderão ser objeto de reajuste, após o transcurso mínimo de 12 (doze) meses, observando o disposto na RN ANS nº 309, de 24 de outubro de 2012, **e demais normas em vigor (grifamos)**.

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?

2.1.14. Está correto o entendimento.

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?

2.1.15. No que tange a parte de relatórios, estamos 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 Boletim?

2.1.16. Esta pergunta não é pertinente a este processo, pois o credenciamento não gera ônus financeiro para o Ministério da Justiça e Segurança Pública e que inexistem a indicação de recursos orçamentários e financeiros, a serem repassados diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada.

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.

2.1.17. A notificação compulsória de doenças contagiosas deve ser realizada nos termos da legislação vigente.

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.

Nos termos do Subitem 20.1.9, do Anexo I do Edital do Credenciamento, é obrigação da Administradora de Benefícios credenciada: " 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."

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.

2.1.18. A manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados deve seguir a legislação vigente.

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.

2.1.19. A Administradora credenciada deverá ofertar planos de operadoras que tenham como cobertura mínima, o rol atualizado de procedimentos e eventos em saúde, conforme ANS RN 465/21.

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.

2.1.20. A garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde deve se dar conforme regulamentação vigente.

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.

2.1.21. A realização de junta médica ou odontológica, formada para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde, deve seguir a legislação vigente.

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.

Onde:

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:

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

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.

2.1.22. Todo e qualquer reajuste deve seguir as normativas vigentes de órgãos e agências reguladoras da matéria sobre assistência suplementar à saúde.

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.

2.1.23. Não identificamos o questionamento desta pergunta, verificando que o início apresenta a qualificação de "Seguradora".

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?

2.1.24. Cabe à Administradora credenciada promover o regime de apuração de resultados previsto em lei, observando o cumprimento de suas obrigações por meio do acordo de parceria, ressaltando os subitens 20.1.2 e 20.1.2.1.

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.

2.1.25. A unidade de guarda de conservação dos prontuários médicos cumpre sigilo ético sobre as informações solicitadas, não estando disponíveis para fornecimento, exceto nos casos previstos.

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.

2.1.26. Não temos a informação disponível. Sendo essa Qualicorp a única atual administradora que possui acordo de cooperação com este MJSP, acreditamos que possam conseguir essas informações internamente.

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.

2.1.27. Não temos a informação disponível. Sendo essa Qualicorp a única atual administradora que possui acordo de cooperação com este MJSP, acreditamos que possam conseguir essas informações internamente.

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.

2.1.28. As condições, critérios e exigências quanto ao Reembolso são tratados no Item 15 do Projeto Básico, onde são citados os itens abordados nesta pergunta: tabela de referência e apresentação de documentos comprobatórios das despesas.

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

2.1.29. Tanto a administradora, quanto as operadoras e os planos ofertados devem ter seus registros válidos, junto a ANS, sendo requisito técnico, *sine qua non*, para a assinatura do Acordo de Parceria.

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.

2.1.30. Sim, desde que observados os requisitos exigidos na legislação vigente.

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.

2.1.31. As condições, documentações, requisitos técnicos, bem como as obrigações das Administradoras, para a habilitação no credenciamento, estão previstas no Edital de seus anexos.

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.

2.1.32. Em síntese, o item citado aborda a possibilidade da administradora credenciada dar apoio aos programas, ações e projetos relacionados à prevenção, promoção à Saúde, bem como à qualidade de vida dos servidores do MJSP e seus dependentes, da forma que essa Qualicorp já conhece e participa. Anualmente, as ações desenvolvidas buscam acompanhar o calendário de ações e campanhas mensais temáticas promovidas pelo Governo em sua Política Nacional de Promoção da Saúde. Além das datas alusivas aos temas de saúde, também espera-se colaboração em datas específicas tais como: Dia da Mulher, Dia das Mães, Dia dos Pais, Semana do Servidor, dentre outras. Dentro dessa linha de atuação, espera-se a realização de pelo menos 12 ações ao longo do ano, cabendo à Administradora parceira a viabilização de mostra de produtos e serviços, palestras, rodas de conversa, campanhas educativas e assistenciais quando couber, criando um canal de promoção do portfólio de seus produtos, possibilitando a captação de novos clientes.

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.

2.1.33. Serão aplicáveis à presente contratação todas as regras e normativas vigentes, emanadas pelos órgãos e autarquias competentes, que tratem da matéria de assistência suplementar à saúde.

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.

2.1.34. Nota-se que o verbo no início da frase o subitem citado foi aplicado no futuro do presente do indicativo, portanto, denota-se ser uma faculdade da administradora credenciada.

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

2.1.35. Não temos essa informação disponível.

3. DA CONCLUSÃO

3.1. Consignadas as respostas aos pedidos de esclarecimentos, encaminhamos à Coordenação superior, com sugestão de prosseguimento.

GEOVANI ALEXANDRE MARQUES FERREIRA
Chefe da Divisão de Promoção à Saúde

De acordo.

Encaminhe-se à Divisão de Licitações (DILIC) da Coordenação-Geral de Licitações e Contratos (CGL) para adoção das providências pertinentes.

ALINE CARNEIRO DE AGUIAR
Coordenadora de Desenvolvimento Humano-Organizacional
Substituta



Documento assinado eletronicamente por **ALINE CARNEIRO DE AGUIAR, Coordenador(a) de Desenvolvimento Humano-Organizacional - Substituto(a)**, em 28/12/2022, às 17:21, 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 **21462538** e o código CRC **33FF85CF**.
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.