



19076031



08007.006566/2019-13



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

NOTA TÉCNICA Nº 15/2022/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 19074399)

1. DO OBJETO

1.1. Trata-se do pedido de esclarecimento nº 03 (SEI nº 19074399) ao CREDENCIAMENTO Nº 02/2022, 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.

1.2. Esta Nota Técnica apresenta dados e informações em atendimento ao DESPACHO Nº 244/2022/DILIC/COPLI/CGL/SAA/SE (SEI nº 19074412).

2. DAS SOLICITAÇÕES

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 questões:

2.2. **PERGUNTA 1 O Anexo I do Projeto Básico apresenta a distribuição dos beneficiários por órgão e por faixa etária. Entretanto, para que seja possível a avaliação das operadoras para oferta de novos produtos, é necessário que seja divulgado o quantitativo total de beneficiários, por município/UF, considerando o domicílio do servidor. Por isso, solicitamos a essa comissão que seja disponibilizada essa informação.**

2.2.1. Com base na tabela disposta no Art. 2º da Resolução Normativa n.º 63 de 22/12/2003, que estabelece as faixas etárias para a implementação de variações de preços nos contratos de planos privados de assistência à saúde, fizemos a elaboração do rol de potenciais beneficiários, tanto o Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) quanto os órgãos específicos singulares: Arquivo Nacional (AN), Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), Polícia Federal (PF) e Polícia Rodoviária Federal (PRF), discriminando o quantitativo por faixa etária.

2.2.2. Em razão da grande capilaridade do DEPEN, PF e da PRF, não temos a informação da distribuição do quantitativo de potenciais beneficiários por Unidade da Federação ou município, sendo que a previsão de oferta de ao menos um plano nacional se deu em razão das diversas situações específicas existentes, podendo citar: lotação ou exercício em uma UF e domicílio em outra, titular residente por período ou exercício temporário ou em missão específica em uma UF e os familiares em outra, dentre outras situações.

2.3. **PERGUNTA 2 De acordo com os itens 8.4 e 10.1 do Projeto Básico, “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”.**

Entretanto, a condição de isenção de carências prevista pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, prevê que para planos coletivos empresariais, não poderá haver imputação de agravo ou cobertura parcial temporária (CPT), nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que os beneficiários formalizem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da assinatura do contrato (Acordo de Parceria), ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante (a posse de novo servidor), conforme art. 7º da RN-ANS nº 195/2009. Assim, podemos entender que as adesões realizadas em até 60 (sessenta) dias, contados da formalização do credenciamento com o MJSP, seguirão as regras estabelecidas nas alíneas “a”, “b” e “c” a seguir, correto? a) Os beneficiários que fizerem sua adesão aos planos ofertados, nos primeiros 30 (trinta) dias contados da formalização do credenciamento com o MJSP, terão isenção total de carências; b) Os beneficiários que fizerem sua adesão aos planos ofertados, a partir do 31º dia até o 60º dia, da formalização do credenciamento com o MJSP, terão isenção de carências, exceto nos casos de doenças e lesões preexistentes, para o qual será aplicada a cobertura parcial temporária (CPT); e c) Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas, conforme regulamentação da ANS.

2.3.1. O entendimento está correto. Observamos que os casos omissos no Projeto Básico deverão seguir a legislação em vigor sobre o assunto, conforme subitem 30.15.

2.4. **PERGUNTA 3: O subitem 20.1.19 do Projeto Básico, anexo ao Edital, dispõe que: “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”. A comprovação de que a Administradora de Benefícios possui profissional habilitado e registrado no CRM, deve ser feita também no ato de assinatura do Acordo de Parceria, correto, pois se na habilitação, entendemos que o edital deve ser retificar para incluir essa exigência como subitem do item 6.1.3, correto?**

2.4.1. Os documentos para a habilitação estão previstos no Item 6 do Edital, portanto, todos os demais documentos serão exigíveis no ato da assinatura do Acordo de Cooperação.

2.5. **PERGUNTA 4: O subitem 20.1.20 do Projeto Básico, anexo ao Edital, dispõe que a Administradora de Benefícios deve: “Comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico”. Essa comprovação refere-se aos mesmo documento citado no item 5.4 do Edital (Termos de Contratos, Acordos ou Ajustes celebrados com as operadoras disponibilizados), e deve ser apresentado ao MJSP no ato da assinatura do Acordo de Parceria, correto?**

2.5.1. A documentação relacionada do Item 5.4 do Edital atende a comprovação exigida no subitem 20.1.20 do Projeto Básico e, conforme descrito no Item, deve ser apresentado no ato da assinatura do Acordo de Cooperação.

2.6. **PERGUNTA 5: O subitem 20.1.21 do Projeto Básico dispõe que é obrigação da Administradora de Benefícios “Entregar Declaração de Sustentabilidade Ambiental, conforme Anexo IV”. A entrega desta declaração se dará no momento de entrega dos documentos de habilitação, na forma do subitem 6.1.3.3.3 do Edital, correto?**

2.6.1. Correto.

2.7. **PERGUNTA 6: O item 20.4 do Projeto Básico dispõe que: “É vedado a Administradora de Benefícios subcontratar total ou parcial o objeto do Acordo de Parceria”. Podemos entender que a**

subcontratação definida no item 20.4 do Projeto Básico não alcança a contratação das operadoras de planos de saúde e odontológicos, cujos planos serão ofertados aos beneficiários, nem tão pouco à equipe comercial ou representantes comerciais designados e autorizados a atender e ofertar aos beneficiários interessados em contratar os planos ofertados, correto?

2.7.1. Correto.

2.8. PERGUNTA 6: O item 21.7 do Projeto Básico dispõe que é obrigação das operadoras: “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”. Podemos entender que, assim como os manuais de normas e procedimentos, também poderão ser disponibilizadas, por meio digital/eletrônico, as carteiras de identificação, em substituição aos cartões físicos, o que dispensará a emissão de 2ª via inclusive, sem nenhum custo para o beneficiário, correto?

2.8.1. O fornecimento da carteira de identificação poderá ser por meio digital em substituição ao físico, caso esse procedimento seja rotina da administradora de benefícios, devendo garantir que a rede credenciada está habilitada para aceitar a apresentação da carteira de identificação por meio digital, não causando nenhum prejuízo ou obstáculo ao atendimento de seus beneficiários.

2.9. PERGUNTA 7: O item 21.8 do Projeto Básico dispõe que é obrigação das operadoras: “Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do Acordo de Parceria com a Administradora de Benefícios”. Entretanto, os itens 30.10, 30.11 e 30.12 do mesmo Projeto Básico, dispõe sobre as regras relativas à substituição de entidade hospitalar e redimensionamento de rede por redução de rede hospitalar, de acordo com as regras da ANS, especialmente a IN/DIPRO nº 46/2014, que permite a alteração da rede desde que observados os critérios estabelecidos pela agência. Deste modo, podemos entender que a rede credenciada das operadoras poderá ser alterada de acordo com as regras estabelecidas pela ANS, correto?

2.9.1. Correto.

2.10. PERGUNTA 7: O item 21.13 do Projeto Básico discrimina a relação mínima de documentos que poderão ser solicitados pelas operadoras de planos de saúde e odontológicos para efeito de reembolso. Deste modo, poderão as operadoras solicitar outros documentos, quando necessários à elucidação ou esclarecimentos mais detalhados sobre o procedimento realizado, especialmente os casos mais complexos, correto?

2.10.1. As solicitações de documentação complementar deverão observar as normas e legislações vigentes sobre a matéria do reembolso, conforme Resoluções aplicáveis.

2.11. PERGUNTA 8: Como oferta complementar, poderão as Administradoras de Benefícios oferecer aos beneficiários planos com coberturas superiores às definidas no rol de procedimentos médicos estabelecidos pela ANS, com reembolso livre escolha da rede credenciada, carências reduzidas, e outros benefícios, correto?

2.11.1. Toda oferta de produto complementar pelas Administradoras de Benefícios habilitadas, devem observar as normas e legislações vigentes sobre a matéria, conforme Resoluções aplicáveis

2.12. PERGUNTA 9: O subitem 4.1.18 do Projeto Básico dispõe que a coparticipação “é o percentual de valor que o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas, exames e procedimentos, conforme regulamentação da ANS. Entretanto, a RN-465/2021 que atualizou o rol de procedimentos da ANS, prevê a possibilidade de coparticipação nas hipóteses de internações psiquiátricas, quando ultrapassados trinta dias de internação contínuos ou não, a cada ano de contrato, e está limitada ao máximo de cinquenta por cento do valor contratado entre a operadora e respectivo prestador dos serviços de saúde (art. 19, inciso II, “a e “b”). Deste modo, a operadora poderá efetivar a cobrança de coparticipação nas hipóteses de internações psiquiátricas, observadas as regras e limites estabelecidos na RN-ANS 465/2021, correto?

2.12.1. Correto, os casos omissos no Projeto Básico deverão seguir a legislação em vigor sobre o assunto, conforme subitem 30.15.

2.13. **PERGUNTA 10: O subitem 4.1.16 define o termo remoção sendo o “deslocamento dos usuários para atendimento hospitalar, de acordo com a RN ANS nº 259/2011, visando garantir os prazos máximos para o atendimento. Considerando a ANS publicou a RN nº 490/2022 que dispõe sobre a cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com segmentação hospitalar, que tenha cumprido o período de carência, podemos entender que deverão também ser observadas as regras para a cobertura do benefício da remoção descritas nesta resolução, correto?**

2.13.1. Correto, os casos omissos no Projeto Básico deverão seguir a legislação em vigor sobre o assunto, conforme subitem 30.15.

2.14. **PERGUNTA 11: O item 11.1 dispõe que “A Administradora de Benefícios 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)”. Entretanto, RN nº 438/2018 regulamentou as novas regras de portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Assim, podemos entender que se aplicam também as regras de portabilidade de carências previstas na RN-ANS nº 438/2018, correto?**

2.14.1. Correto, o fornecimento do objeto deste credenciamento deve seguir as Leis, Resoluções e Portarias relacionadas, bem como demais orientações legais posteriores sobre o assunto.

2.15. **PERGUNTA 12: Deverão ser observadas as regras estabelecidas na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) – Lei nº 13.709/2018 e na Lei Anticorrupção – Lei nº 12.846/2013, correto?**

2.15.1. Correto, as diretrizes e orientações do Edital e seus anexos não se sobrepõem às normas legais aplicáveis.

3. **DA CONCLUSÃO**

3.1. Consignadas as respostas aos esclarecimentos solicitados, submetemos à apreciação da Coordenação superior.

GEOVANI ALEXANDRE MARQUES FERREIRA
Chefe da Divisão de Promoção à Saúde

ALEXANDRA LACERDA FERREIRA RIOS
Comissão Especial de Avaliação

De acordo.

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

QUEILA CÂNDIDA FERREIRA MORAIS
Coordenadora de Desenvolvimento Humano-Organizacional



Documento assinado eletronicamente por **QUEILA CÂNDIDA FERREIRA MORAIS, Coordenador(a) de Desenvolvimento Humano-Organizacional**, em 06/12/2022, às 16:41, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **GEOVANI ALEXANDRE MARQUES FERREIRA, Chefe da Divisão de Promoção à Saúde**, em 07/12/2022, às 07:17, 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 **19076031** e o código CRC **31BF3E33**

O trâmite deste documento pode ser acompanhado pelo site <http://www.justica.gov.br/acao-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 19076031