

Em atenção ao pedido de esclarecimento formulado por essa empresa, temos a informar o que se segue, com base na manifestação do órgão técnico da Câmara dos Deputados.

PERGUNTA 1: Anexo 2 – Minuta do Termo de Acordo, Item II – Da Administradora de Benefícios, r.1. Pedimos ao órgão dar ciência de que as regras de reembolso somente são aplicáveis quando o Contrato contemplar livre escolha e/ou quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela Seguradora, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação adequada, nos termos do Art. 12, VI da Lei 9656/98. Ademais, o Órgão deverá estar ciente e de acordo que referente ao reembolso contratual, prevalecerá as regras e limites contratuais, bem como nos casos de indisponibilidade e inexistência de prestador, a Cia. cumprirá as regras previstas na RN nº 566/22. Assim, pedimos, também, ratificar que o contrato a ser celebrado contemplará reembolso “Livre Escolha”, podendo o beneficiário optar pela utilização de prestador a sua escolha, sendo aplicado o reembolso conforme tabelas da CONTRATADA.

RESPOSTA: Informamos que a referida alínea trata da suspensão de atendimento pela operadora do plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, decorrente da interrupção de serviços, como registrado, em razão de greves e paralisações em geral. Desse modo, entende-se que o reembolso tratado nessa alínea não se aplica a casos de livre escolha.

PERGUNTA 2: Pedimos ao órgão esclarecer e ratificar quanto ao período de credenciamento, se terá vigência de 60 meses, conforme informa o Item 7.3 ou se terá vigência de até 10 anos, conforme dispõe a Cláusula 5ª, visto que as disposições estão conflitantes.

RESPOSTA: Esclarecemos que são prazos diferentes: a validade do credenciamento da Administradora é de 60 meses e o Termo de Acordo é que terá vigência de 12 (doze)



meses, contados a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, sucessivamente, respeitado o máximo de 10 (dez) anos.

PERGUNTA 3: Pedimos dar ciência de que, para a contratação, serão observadas as regras de substituição/suspensão de prestadores hospitalares e não hospitalares previstas nas RNs 568/22 e 567/22, respeitadas as demais legislações vigentes sobre o tema.

RESPOSTA: O esclarecimento solicitado trata sobre tema não inserido no âmbito dos termos do Edital de Credenciamento, pois diz respeito a tratativas contratuais no âmbito da Administradora Credenciada e da Operadora do Plano de Saúde, por se tratarem de competências exclusivas das interessadas e por serem assuntos técnicos previstos na regulamentação de saúde suplementar.

PERGUNTA 4: Da Administradora de Benefícios, Alínea “v”. Pedimos esclarecer, quanto ao item, se a exigência é direcionada à Administradora, intermediadora do contrato, ou estende-se à CONTRATADA (operadora/seguradora). Ainda nesse sentido, pedimos ratificar que a estrutura (0800, portal do cliente, APP, e-mails, telefone e contato direto do preposto dedicado ao estipulante) atende ao esperado pela solicitação do item em questão.

RESPOSTA: O Termo de Acordo é firmado com a Administradora de Benefícios, que, em seu contrato com as Operadoras de Planos de Saúde, deve primar pelo cumprimento das cláusulas firmadas com a Câmara dos Deputados, dentro de suas competências. Na alínea em pauta, a exigência de atendimento exclusivo para os comissionados da Câmara dos Deputados na modalidade Fale Conosco é direcionada para a Administradora de Benefícios.

PERGUNTA 5: Pedimos esclarecer, sobre os pagamentos, se o órgão fará a recepção e efetivação. Caso não seja esse o procedimento a ser realizado, pedimos esclarecer detalhadamente.



RESPOSTA: A recepção de pagamento é feita pela Administradora credenciada. A regulamentação do procedimento está prevista na Portaria n. 317/2011 da Câmara dos Deputados:

“Art. 5º A operacionalização do auxílio-saúde ficará a cargo do Departamento de Pessoal.

§ 1º A Administradora de Benefícios credenciada deverá remeter à Coordenação de Pagamento de Pessoal, até o dia 05 de cada mês, as seguintes informações:

I - arquivo, em meio eletrônico, em leiaute a ser definido pelo Edital de Credenciamento, contendo relação com o nome dos comissionados que efetivamente despenderam recursos financeiros com o pagamento de plano privado de assistência à saúde, acrescida das seguintes informações, sem prejuízo de outras a serem oportunamente definidas pelo Departamento de Pessoal:

- a) número no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);
- b) valor pago pelo comissionado a título de mensalidade em proveito próprio, não se admitindo nesse campo qualquer informação de valor referente a dependentes;
- c) data em que o servidor efetuou o pagamento do plano privado de assistência à saúde à Administradora de Benefícios;
- d) data de vencimento contratual da mensalidade;
- e) mês/ano de referência da mensalidade paga;
- f) código ANS da operadora escolhida.

II - arquivo com as notas fiscais digitalizadas, em formato a ser definido pelo Edital de Credenciamento, comprobatórias do efetivo pagamento das mensalidades, acompanhado de declaração de quitação e efetivo recebimento dos haveres identificados na documentação. ”

PERGUNTA 6: Ainda sobre os pagamentos, pedimos esclarecer sobre a emissão, se ela será em nome do titular. Caso contrário, pedimos esclarecer detalhadamente.



RESPOSTA: Será em nome do titular, que é o servidor comissionado da Câmara dos Deputados.

PERGUNTA 7: Pedimos informar a quantidade de EX-COMISSIONADOS exonerados existente hoje na Câmara dos Deputados.

RESPOSTA: A Portaria n. 317/2011 em seu art. 3º prevê que a comprovação do vínculo institucional ficará a cargo do servidor e da Administradora de Benefícios, de maneira que a Câmara dos Deputados só possa ser instada a providenciar tais informações em circunstâncias excepcionais, devidamente justificadas.

PERGUNTA 8: Pedimos confirmar nosso entendimento de que as CREDENCIADAS poderão apresentar toda a grade de planos (dos planos básicos aos superiores) da linha coletiva empresarial para participação deste credenciamento.

RESPOSTA: O Edital, no item 4.8, “c”, apenas exige apresentação de documento detalhando os planos coletivos ofertados, devidamente assinado pelo Representante Legal da empresa, em conformidade com os moldes estabelecidos pela RN nº 563/2022 da ANS. A proposta deverá incluir planos de abrangência nacional e especificar os valores finais das mensalidades a serem cobradas dos Comissionados, com base nas segmentações assistenciais para as quais a Administradora possui autorização e interesse em atuar, nos termos da RN nº 465/2021 da ANS, respeitando as alterações normativas posteriores. Todas as informações deverão estar em conformidade com as especificações do Edital e seus anexos.

PERGUNTA 9: Pedimos ratificar que o contrato poderá ser cancelado, por ambas as partes, mesmo que de forma imotivada, a qualquer tempo, desde que se cumpra aviso prévio de no mínimo 90 (Noventa) dias.



RESPOSTA: Entende-se que sim, haja vista o exposto na cláusula da minuta do Termo de Acordo, a seguir:

“CLÁUSULA SÉTIMA – DA DENÚNCIA

Parágrafo primeiro - Este Acordo poderá ser denunciado de pleno direito, a qualquer tempo, ante os seguintes motivos:

- a) desistência de um dos signatários;
- b) superveniência de norma legal que o torne material ou formalmente inexecutável, ou nas hipóteses de caso fortuito ou força maior;
- c) descumprimento parcial ou total de suas cláusulas, desde que caracterizada, à luz do caso concreto, a inexistência de conveniência e oportunidade em sua continuidade.

Parágrafo segundo - A denúncia deverá ser anunciada com antecedência de 90 (noventa) dias, obrigando-se os signatários a cumprir todas as cláusulas e condições durante esse prazo.

Parágrafo terceiro - Não se aplica o disposto no parágrafo anterior quando o desfazimento do Acordo estiver fundado em irregularidade grave praticada pela Administradora de Benefícios credenciada, observado o contraditório e a ampla defesa.”

PERGUNTA 10: Pedimos ratificar que poderão ser aplicados prazos de carências, bem como de CPT, caso haja doença pré-existente, caso o contrato seja implantado e se mantenha com número menor que 30 vidas, conforme Resolução Normativa vigente, RN 557/2022.

RESPOSTA: A aplicação de carência nos contratos de planos de saúde deve observar não apenas as normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mas também eventuais disposições específicas contidas em instrumentos regulatórios, como editais de licitação e contratos administrativos. Quando um contrato é firmado com base em um edital que não prevê a aplicação de carência, a operadora do plano de saúde não pode impor essa exigência posteriormente, sob pena de descumprimento das regras previamente estabelecidas. Embora a ANS estabeleça diretrizes gerais sobre carências



nos planos de saúde, a regulamentação específica de um contrato administrativo pode prevalecer caso imponha condições mais vantajosas para os beneficiários. Isso se dá porque normas gerais (como as resoluções da ANS) não podem restringir direitos estabelecidos por normas específicas e vinculantes, como editais de licitação.

Desse modo, de acordo com as regras edilícias postas, não se pode exigir carência para doença pré-existente cumpridos os requisitos da cláusula segunda, item II, alínea i, subitens III e IV da Minuta do Termo de Acordo, disponível no Anexo n. 2. A imposição de carências em contratos firmados com base em editais que expressamente não preveem essa exigência viola os princípios da vinculação ao edital, da segurança jurídica e da boa-fé contratual. Além disso, configura prática indevida por parte da operadora do plano de saúde, podendo gerar penalidades e obrigações de reparação. Portanto, qualquer tentativa de aplicação de carência deve ser analisada à luz das regras contratuais e editalícias, garantindo que os direitos dos beneficiários sejam plenamente respeitados.

PERGUNTA 11: Pedimos confirmar que, para os casos em que hajam inclusões em prazos omissos do edital e Termo de Referência, estando o contrato em condições de adesão com número inferior a 30 vidas, poderão ser imputadas as carências e/ou CPT, em concordância com a RN 557/2022, para a não observância de comprovação de equivalência de plano anterior, por portabilidade.

RESPOSTA: A aplicação de carência nos contratos de planos de saúde deve observar não apenas as normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mas também eventuais disposições específicas contidas em instrumentos regulatórios, como editais de licitação e contratos administrativos. Quando um contrato é firmado com base em um edital que não prevê a aplicação de carência, a operadora do plano de saúde não pode impor essa exigência posteriormente, sob pena de descumprimento das regras previamente estabelecidas. Embora a ANS estabeleça diretrizes gerais sobre carências nos planos de saúde, a regulamentação específica de um contrato administrativo pode prevalecer caso imponha condições mais vantajosas para os beneficiários. Isso se dá porque normas gerais (como as resoluções da ANS) não podem restringir direitos estabelecidos por normas específicas e vinculantes, como editais de licitação.



No caso, o Termo de Acordo não prevê nenhuma hipótese tendo por métrica o número de vidas do contrato, assim as regras de carência aplicadas devem ser unicamente aquelas previstas no Edital de Credenciamento. A imposição de carências em contratos firmados com base em editais que expressamente não preveem essa exigência viola os princípios da vinculação ao edital, da segurança jurídica e da boa-fé contratual. Além disso, configura prática indevida por parte da operadora do plano de saúde, podendo gerar penalidades e obrigações de reparação. Portanto, qualquer tentativa de aplicação de carência deve ser analisada à luz das regras contratuais e editalícias, garantindo que os direitos dos beneficiários sejam plenamente respeitados.

PERGUNTA 12: Pedimos ratificar que as CREDENCIADAS poderão apresentar as propostas apenas por faixa etária.

RESPOSTA: O Edital, no item 4.8, “c”, apenas exige apresentação de documento detalhando os planos coletivos ofertados, devidamente assinado pelo Representante Legal da empresa, em conformidade com os moldes estabelecidos pela RN nº 563/2022 da ANS. A proposta deverá incluir planos de abrangência nacional e especificar os valores finais das mensalidades a serem cobradas dos Comissionados, com base nas segmentações assistenciais para as quais a Administradora possui autorização e interesse em atuar, nos termos da RN nº 465/2021 da ANS, respeitando as alterações normativas posteriores. Todas as informações deverão estar em conformidade com as especificações do Edital e seus anexos.

PERGUNTA 13: Pedimos disponibilizar o resultado da sinistralidade atualizado, em 12 meses, contendo os valores de faturamento mensal, sinistro mensal e evolução de vidas, mês a mês da massa que possui seguro saúde hoje nas congêneres. Essas informações são imprescindíveis para que haja uma precificação correta.

RESPOSTA: As informações solicitadas estão sob responsabilidade das Administradoras credenciadas à Câmara dos Deputados. Cabe destacar que se trata de licitação na



modalidade credenciamento, em que o credenciamento de uma nova Administradora não exclui o credenciamento de outra.

PERGUNTA 14: Reajuste Financeiro: O Reajuste Financeiro corresponde à variação dos custos dos serviços médicos, com base em cálculos atuariais da CONTRATADA, pelo qual, se a sinistralidade apurada no período de avaliação estiver abaixo do Break Even de 70%, será aplicado o Reajuste Financeiro VCMH – Variação de Custos Médicos Hospitalares. - O órgão está de acordo com os critérios de apuração de resultado e de aplicação de reajuste financeiro, conforme especificações acima?

RESPOSTA: O Termo de Acordo prevê em sua cláusula segunda, item II, alínea “g” que cabe à Administradora intervir, auxiliar e negociar com as operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde os reajustes de preços dos planos;

PERGUNTA 15: Pedimos ao órgão ratificar que os preços poderão ser reajustados, no aniversário do contrato (relativo a sua data base) e após 12 meses de vigência, visando manter o equilíbrio financeiro-econômico da apólice, conforme: a) A sinistralidade apurada no período de avaliação estiver abaixo do Break Even de 70%: será aplicado o reajuste financeiro, o VCMH da seguradora; b) Se a sinistralidade apurada no período de avaliação estiver acima do Break Even de 70%: serão aplicados o Reajuste Financeiro e mais o Reajuste por Sinistralidade.

RESPOSTA: O Termo de Acordo prevê em sua cláusula segunda, item II, alínea “g” que cabe à Administradora intervir, auxiliar e negociar com as operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde os reajustes de preços dos planos;

PERGUNTA 16: Pedimos ao órgão disponibilizar a distribuição de vidas, nas 10 faixas etárias, da quantidade total de vidas atual do Órgão, bem como a distribuição atualizada das vidas por Cidade e UF, sendo do ano de 2025.



RESPOSTA:

UF	Nº Comissionados
AC	106
AL	120
AM	114
AP	113

BA	625
CE	344
DF	3543
ES	137
GO	427
MA	237
MG	817
MS	117
MT	92
PA	261
PB	191
PE	405
PI	154
PR	381
RJ	641
RN	116
RO	119
RR	139
RS	432
SC	202
SE	117
SP	884
TO	152
Total	10986



Faixa Etária	Nº Comissionados
00-18 anos	19
19-23 anos	65
24-28 anos	509
29-33 anos	1053
34-38 anos	1297
39-43 anos	1460
44-48 anos	1569
49-53 anos	1320
54-58 anos	1184
59 anos ou mais	2510
Total	10986

PERGUNTA 17: Pedimos ratificar que não haverá coparticipação a ser considerada na precificação do produto do futuro contrato. Caso contrário, pedimos esclarecer detalhadamente.

RESPOSTA: O Edital, no item 4.8, “c”, apenas exige apresentação de documento detalhando os planos coletivos ofertados, devidamente assinada pelo Representante Legal da empresa, em conformidade com os moldes estabelecidos pela RN nº 563/2022 da ANS. A proposta deverá incluir planos de abrangência nacional e especificar os valores finais das mensalidades a serem cobradas dos Comissionados, com base nas segmentações assistenciais para as quais a Administradora possui autorização e interesse em atuar, nos termos da RN nº 465/2021 da ANS, respeitando as alterações normativas posteriores. Todas as informações deverão estar em conformidade com as especificações deste Edital e seus anexos.

PERGUNTA 18: Pedimos ratificar que serão consideradas exclusivamente todas as cláusulas contidas na condição geral do produto coletivo empresarial, de nível nacional, que será apresentado pela CONTRATADA no credenciamento em questão.



RESPOSTA: Serão consideradas as disposições constante do Edital de Credenciamento, da Portaria n. 317/2011 e Ato da Mesa n. 3/2011. Destaca-se que se trata de Edital de Credenciamento, em que as regras do contrato têm que se encaixar nas necessidades desta Casa, e não esta Casa se encaixar nas condições dos produtos gerais das empresas. Em outras palavras, trata-se de um Credenciamento Público, e não de uma contratação por adesão de Planos de Saúde.

PERGUNTA 19: Para que possamos realizar a análise, cotação e emissão da proposta, pedimos, gentilmente, que o Órgão nos envie: a) Planilha contendo a quantidade de vidas, nas 10 faixas etárias, por plano contrato atualmente nas congêneres/Operadoras atuais, de 2025. Informar o nome dos planos e acomodação de cada um; b) Relatório de maiores utilizadores contendo dos valores gastos mês a mês, em 12 meses, os CIDs e/ou Patologias e a situação atual do beneficiário, ativo ou cancelado; c) Valores/percentuais atuais de coparticipação e os fatores moderadores por procedimento/parâmetros, se houverem. Informar se há ou não coparticipação atualmente. d) Informar se há casos de home care dentre a massa cotada. Se sim, por favor enviar a quantidade e relatórios médicos atualizado; e) Informar a quantidade de agregados e o grau de parentesco com os seus respectivos titulares, caso houver; f) Informar a quantidade de inativos, de acordo com a RN vigente

RESPOSTA: As informações solicitadas estão sob responsabilidade das Administradoras credenciadas à Câmara dos Deputados. Cabe destacar que se trata de licitação na modalidade credenciamento, em que o credenciamento de uma nova Administradora não exclui o credenciamento de outra.

PERGUNTA 20: Pedimos ratificar nosso entendimento de que, para os casos de atendimento domiciliar (HOME CARE), para segurança do processo regulatório a CONTRATADA analisará a solicitação de atenção domiciliar do médico assistente, por meio de avaliação in loco do prestador contratado, na rede referenciada, e fará autorização e prorrogação do plano de atendimento domiciliar mediante pertinência técnica e instrumentos de avaliação, validados na literatura médica. O período do tratamento



domiciliar será determinado mediante análise mensal do caso e prorrogado enquanto houver pertinência técnica. De acordo?

RESPOSTA: O esclarecimento solicitado trata sobre tema não inserido no âmbito dos termos do Edital de Credenciamento, pois diz respeito a tratativas contratuais no âmbito da Administradora Credenciada e da Operadora do Plano de Saúde, por se tratarem de competências exclusivas das interessadas e por serem assuntos técnicos previstos na regulamentação de saúde suplementar.

