

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: Solicitamos a distribuição detalhada das vidas por localidade/Município.

RESPOSTA: Os servidores comissionados estão distribuídos por unidades da federação, conforme tabela abaixo:

<b>UF</b>	<b>Nº Comissionados</b>
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
<b>Total</b>	<b>10986</b>



Documento autenticado por:

14/02/2025 16:34 - Luca Vianna Zulato

Selo digital de segurança: 2025-ZJRL-GSRF-ABPD-GWYI

**PERGUNTA 2:** Qual é a operadora de plano de saúde atualmente contratada? Quais foram os últimos três reajustes aplicados?

**RESPOSTA:** Entendemos que o questionamento apresentado não se refere aos termos estabelecidos no edital. No entanto, esclarecemos que a Câmara dos Deputados adota modelo indenizatório de assistência à saúde aos servidores comissionados por meio do pagamento de auxílio-saúde, conforme normativas internas vigentes (Ato da Mesa n. 3/2011 e Portaria n. 317/2011). Esse auxílio é concedido diretamente ao servidor, com valores definidos pelos ordenamentos mencionados. Para viabilizar a prestação dos serviços de assistência à saúde, a Câmara dos Deputados credencia administradoras de benefícios (Edital de Credenciamento n. 1/2025), que são responsáveis por intermediar a contratação de operadoras de planos de saúde. Atualmente são 3 (três) administradoras credenciadas, conforme tabela abaixo:

<b>ADMINISTRADORA</b>	<b>PLANOS DE SAÚDE</b>
AllCare Administradora de Benefícios em Saúde Ltda	Amil Unimed Nacional
Easyplan Administradora de Benefícios Ltda	Nova Saúde
Servix Administradora de Benefícios S.S	Dental Uni

**PERGUNTA 3:** Quais são os planos atualmente ofertados, seus respectivos valores e nomes comerciais?

**RESPOSTA:** Entendemos que o questionamento apresentado não se refere aos termos estabelecidos no edital. No entanto, informa-se que os valores de planos de saúde das operadoras que possuem contrato com as Administradoras de Benefícios atualmente credenciadas pela Câmara dos Deputados podem ser consultados nos sites comerciais de cada uma delas.



**PERGUNTA 4:** Qual o percentual de sinistralidade atual? Favor disponibilizar o relatório de custo x sinistralidade.

**RESPOSTA:** Entendemos que o questionamento apresentado não se refere aos termos estabelecidos no edital e que 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 5:** Existem pacientes crônicos, em uso de medicação especial ou em tratamento de alto custo? Caso positivo, favor detalhar idade, gênero, CID, data de início do tratamento e medicação utilizada.

**RESPOSTA:** Entendemos que o questionamento apresentado não se refere aos termos estabelecidos no edital e que as informações solicitadas estão sob responsabilidade das Administradoras credenciadas à Câmara dos Deputados.

**PERGUNTA 6:** Favor divulgar o relatório dos maiores utilizadores nos últimos 12 meses, com detalhamento dos sinistros relativos a esses beneficiários. Qual a situação atual deles (ativos/inativos)?

**RESPOSTA:** Entendemos que o questionamento apresentado não se refere aos termos estabelecidos no edital e que as informações solicitadas estão sob responsabilidade das Administradoras credenciadas à Câmara dos Deputados.

**PERGUNTA 7:** Esses beneficiários estão em tratamento, são crônicos ou foi um evento pontual?



**RESPOSTA:** Entendemos que o questionamento apresentado não se refere aos termos estabelecidos no edital e que as informações solicitadas estão sob responsabilidade das Administradoras credenciadas à Câmara dos Deputados.

**PERGUNTA 8:** Existem pacientes em home care? Caso afirmativo, favor identificar a cidade/UF, fornecer relatório médico com detalhamento das patologias, tratamento terapêutico e estado clínico. Há beneficiários internados? Em caso positivo, indicar hospital, CID e data de internação.

**RESPOSTA:** Entendemos que o questionamento apresentado não se refere aos termos estabelecidos no edital e que as informações solicitadas estão sob responsabilidade das Administradoras credenciadas à Câmara dos Deputados.

**PERGUNTA 9:** Existem casos de liminares vigentes entre os beneficiários? Favor fornecer detalhamento.

**RESPOSTA:** Entendemos que o questionamento apresentado não se refere aos termos estabelecidos no edital e que as informações solicitadas estão sob responsabilidade das Administradoras credenciadas à Câmara dos Deputados.

**PERGUNTA 10:** Existem beneficiários que fazem uso de medicamentos de alto custo, como o SPINRAZA? Caso afirmativo, quantos são e quais medicamentos estão sendo utilizados?

**RESPOSTA:** Entendemos que o questionamento apresentado não se refere aos termos estabelecidos no edital e as informações solicitadas estão sob responsabilidade das Administradoras credenciadas à Câmara dos Deputados.



**PERGUNTA 11:** O edital prevê a inclusão de beneficiários inativos? Caso haja inclusão de beneficiários inativos, será em tabela distinta da dos ativos?

**RESPOSTA:** O auxílio-saúde é direcionado apenas para servidores comissionados (Secretários Parlamentares e Ocupantes de Cargo de Natureza Especial). Não existem servidores comissionados inativos, visto que os cargos em comissão são de livre nomeação e exoneração, ou seja, não geram aposentadoria vinculada à Câmara dos Deputados.

**PERGUNTA 12:** Podemos entender que os beneficiários que aderirem ao plano fora do prazo de isenção estipulado no edital e termo de referência deverão cumprir carências conforme a RN 557/22?

**RESPOSTA:** De acordo com a cláusula segunda, item II, alínea i, subitens III e IV da Minuta do Termo de Acordo, disponível no Anexo n. 2, o Edital assim prevê “III. não exigir qualquer carência, tampouco cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o COMISSIONADO realize o contrato com a Administradora de Benefícios em até 45 (quarenta e cinco) dias contados da publicação do Termo de Acordo, ou em até 30 (trinta) dias contados de sua posse, aplicando-se sempre o prazo que lhe for mais favorável;

IV. não exigir qualquer carência, tampouco cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, na hipótese de o COMISSIONADO possuir outro plano privado de assistência à saúde - individual ou familiar, coletivo empresarial, coletivo por adesão - registrado na ANS e com cobertura equivalente ao plano pretendido, com total cumprimento de carências, à época da contratação com a Administradora de Benefícios credenciada, devendo-se configurar a compra de carências ou portabilidade;”

Beneficiários que não estejam contemplados pelas situações expostas acima, deverão cumprir as exigências constantes na legislação vigente, especialmente a Lei n. 9.656/98 e suas regulamentações, bem como as Resoluções Normativas da ANS.



**PERGUNTA 13:** Podemos entender que a abrangência nacional mencionada no edital se refere exclusivamente a atendimentos nas capitais?

**RESPOSTA:** Abrangência nacional diz respeito a todo território brasileiro. Isso significa que o beneficiário pode utilizar os serviços da rede credenciada em qualquer localidade do país, não se limitando apenas às capitais, conforme Resolução 566/22 e 259/11 da ANS, que preveem as responsabilidades das operadoras de assegurar atendimento nos casos em que não houver rede credencia própria na localidade dos beneficiários.

**PERGUNTA 14:** Podemos entender que caso não haja especialidade médica em determinado município/localidade, a cobertura estará garantida em municípios limítrofes e na região de saúde, conforme a RN 566/22?

**RESPOSTA:** O atendimento deve ser assegurado em todas as localidades e será responsabilidade da operadora conforme previsto na Legislação da ANS, especialmente a RN 566/22 e 259/11.

**PERGUNTA 15:** Podemos entender que o reembolso será realizado com base na tabela da operadora, conforme disposto pela ANS?

**RESPOSTA:** Entendemos que o item se refere a condições contratuais da Administradora de Benefícios com a Operadora de Plano de Saúde, as quais devem cumprir o previsto na legislação.

**PERGUNTA 16:** A abrangência geográfica do plano e produto contratados deverá ser, no mínimo, de grupo de nacional com atendimento nas capitais?



**RESPOSTA:** Conforme já respondido em questão anterior a abrangência é nacional, devendo ser assegurado atendimento aos beneficiários em todo território brasileiro, nos termos da RN 259/11 que dispõe sobre a garantia de atendimentos dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

**PERGUNTA 17:** O contrato será coletivo empresarial com a CÂMARA DOS DEPUTADOS, respeitando os seguintes prazos: movimentações de 1º a 15º dia: vigência a partir do 1º dia do mês seguinte e movimentações de 16º a 30º dia: vigência a partir do 1º dia do 2º mês subsequente. Caso possua alguma outra data corte de movimentação para acompanhar os prazos do desconto da folha de pagamento, apontar.

**RESPOSTA:** Entendemos que o item se refere a condições contratuais da Administradora de Benefícios com a Operadora de Plano de Saúde, as quais devem cumprir o previsto na legislação.

**PERGUNTA 18:** O manual da rede credenciada e a carteirinha do beneficiário poderão ser fornecidos eletronicamente via site ou aplicativo?

**RESPOSTA:** Entendemos que o item se refere a condições contratuais da Administradora de Benefícios com a Operadora de Plano de Saúde, as quais devem cumprir o previsto na legislação.

**PERGUNTA 19:** Em algumas localidades, a prestação dos serviços poderá ser oferecida por rede credenciada de operadora parceira (rede indireta)?

**RESPOSTA:** Conforme já respondido em questão anterior a abrangência é nacional, devendo ser assegurado atendimento aos beneficiários em todo território brasileiro, nos termos da RN 259/11 que dispõe sobre a garantia de atendimentos dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.



**PERGUNTA 20:** Há custeio do órgão da mensalidade dos beneficiários titulares? E dos dependentes?

**RESPOSTA:** A Câmara dos Deputados concede auxílio-saúde apenas aos titulares, que são os servidores comissionados, na forma de resarcimento parcial do valor da mensalidade do plano de saúde contratado pelos Secretários Parlamentares e ocupantes de Cargo de Natureza Especial, desde que seja contratado um dos planos de saúde oferecidos pelas administradoras de benefícios credenciadas à Câmara (Edital de credenciamento n. 1/2025).



Documento autenticado por:  
14/02/2025 16:34 - Luca Vianna Zulato  
Selo digital de segurança: 2025-ZJRL-GSRF-ABPD-GWYI