

ILUSTRÍSSIMO SENHOR SECRETÁRIO DE ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - MEC.

Ref.: Edital de Credenciamento nº 1/2010

**ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE LTDA**, inscrita no CNPJ nº 08.407.581/0001-92 e registrada na ANS sob o nº 41677-1, com Filial no SCN Quadra 05, Bloco "A", Torre Norte, Sala 418, Ed. Centro Empresarial Brasília Shopping, Brasília/DF, CEP.: 70.715-900, vem, por seu representante legal, com fundamento no item 7.1 do edital em epígrafe, solicitar esclarecimentos quanto aos termos do Edital, conforme exposição abaixo.

1. De acordo com o item 15.3 do Termo de Referência do presente Edital "*as operadoras de planos de saúde conveniadas pelas Administradoras de Benefícios deverão oferecer, em âmbito regional, e, nos casos de urgência e emergência, em todo Território Nacional, a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar contemplando atendimentos em hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, médicos e outros profissionais colocados a disposição dos usuários, todos devidamente inscritos ou registrados nos respectivos conselhos*". Como também, na Subcláusula Segunda do Acordo de Parceria está estabelecido que "*os planos a serem ofertados no referido credenciamento deverão dispor de atendimento por rede credenciada em nível regional, e, nos casos de urgência e emergência, em todo o Território Nacional*". Ocorre que, no objeto item 1 prevê cobertura em âmbito nacional, como também o item 15.1 do Termo de Referência estabelece que "*a rede de atendimento disponibilizada pela administradora de benefícios aos beneficiários para a prestação dos serviços de assistência à saúde deverá ser oferecida por no mínimo 3 (três) operadoras contratadas pela administradora*" contemplando os requisitos ali estabelecidos, requisitos esses que prevêm atendimento em âmbito nacional. Dessa forma, indagamos:

- a) Podemos entender que apenas 03 (três) das operadoras oferecidas pela Administradora Benefícios deverão atender às exigências do item 15.1 do Termo de Referência?



- b) Somente as administradoras que no ato da entrega dos envelopes estabelecido no Edital de Credenciamento, poderão além das 03 (três) operadoras mencionadas no item 15.1 do Termo de Referência, em momento posterior disponibilizar operadoras e/ou produtos que ofereçam abrangência em âmbito regional, na área de abrangência de cada órgão, para atender às disposições do item 15.3 do Termo de Referência c/c a Subcláusula Segunda da Minuta do Acordo de Parceria?

2. O item 6.2 do Edital em epígrafe estabelece que as Administradoras de benefícios cadastradas e habilitadas parcialmente no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – SICAF poderão deixar de apresentar os documentos de habilitação dos itens 6.1.1, 6.1.2 e 6.1.3. Ocorre que, o item 6.1.3 se refere à habilitação técnica, que é de extrema importância para a análise da capacidade técnica das empresas interessadas em contratar com a Administração pública, e que não é dispensada pela Instrução Normativa nº. 05 do Ministro de Estado da Administração Federal e Reforma do Estado - MARE, que em seu item 2.3.4 estabelece: **“o certificado referido no item anterior substitui os documentos enumerados nos subitens 2.2.1(habilitação jurídica) e 2.2.3 (habilitação fiscal), exclusive aqueles de que tratam os incisos II e III do subitem 2.2.3., os quais terão sua validade confirmada “ON-LINE”, no Sistema.** Dessa forma, indagamos: devemos entender que no item 6.2 do Edital em epígrafe consta um erro material e que o Sicafe não irá dispensar a obrigatoriedade dos documentos do item 6.1.3 do Edital, que se referem à habilitação técnica?

3. A consignação do “auxílio indenizatório”, prevista no item 12.5 do Edital c/c o item 4.2 do Termo de Referência exige a apresentação, pelo servidor, de comprovante de pagamento do plano de saúde contratado. Todavia, a cobrança dos planos e a respectiva responsabilização pelo pagamento dos serviços às operadoras é uma obrigação que será assumida pela Administradora a ser credenciada, conforme prevê a alínea “i” do item 16.1 do Termo de Referência do Edital em epígrafe. Assim, a exigência de comprovante de pagamento dos beneficiários incluídos nos planos pode ser satisfeita mediante a comprovação dada pela própria Administradora, através de um único relatório, em ordem alfabética, enviado ao RH desse Ministério?

4. De acordo com o item 2.11 do Termo Referência do presente Edital todos os tipos de planos deverão ser cotados com e sem co-participação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia. Assim, podemos entender que a co-participação será aquela praticada pela operadora escolhida pelos beneficiários desse Ministério?

5. De acordo com o item 5.12 do Termo de Referência os pedidos de inclusão feitos do dia 1º ao dia 20 de cada mês começarão a vigor a partir do 1º dia útil do mês subsequente, já aqueles feitos do 21º a 30º dia começarão a vigor a partir do dia 1º do segundo mês subsequente. Assim, podemos entender que a isenção de carência para urgência e emergência prevista no item 7.1.2 do mesmo termo só passará a surtir efeitos a partir das datas de início de vigência de cobertura?

6. O item 7.1.5 do Termo de Referência arrola os prazos de carência para as adesões efetuadas após os prazos de isenção previstos no Edital em epígrafe, no entanto é omissa a respeito da carência para doenças e lesões pré-existentes. Ocorre que, a RN 195/2009 em seu art. 7º prevê a carência de 24 meses para doenças e lesões pré-existentes para os planos coletivos empresariais. Assim, podemos entender que tendo em vista as disposições da referida Resolução Normativa se a adesão for efetuada fora dos prazos de isenção de carência previstos no referido Instrumento Convocatório as operadoras

que oferecerão coberturas as entidades vinculadas a esse Ministério poderão exigir carência de 24 meses para doenças e lesões pré-existentes?

7. Nos itens 5.3 a 5.5 do Termo de Referência do Edital em epígrafe estão previstas as isenções de carência, como também no item 7.1.5 do mesmo termo prevê os prazos de carência para os beneficiários que aderirem ao plano após os prazos de isenção. No entanto, nenhum item do Instrumento Convocatório em epígrafe faz menção a transferência de planos. Dessa forma, podemos entender que será permitida a transferência de plano inferior para o plano superior ficando garantida a cobertura do padrão inferior até o cumprimento das carências previstas no item 7.1.5 do Termo de Referência; e para o plano inferior a qualquer tempo desde que não tenha ocorrido nenhum ato cirúrgico que tenha demandado internação, num período inferior a 180 (cento e oitenta) dias da solicitação, uma vez que isso é praticado atualmente no mercado de saúde suplementar?

8. De acordo com o item 6.1.3.7 do Edital de Credenciamento em epígrafe um dos documentos a constarem do envelope a ser entregue a essa Douta Comissão é a proposta de preços, porém não faz qualquer exigência para a referida proposta. Assim, podemos entender que os preços da mencionada proposta deverão ser formulados por modalidade de planos e em 10 (dez) faixas etárias, tendo em vista que a RN 63/2003 da ANS em seu art. 2º estabelece que na formação de preços de planos privados de assistência à saúde deverão ser observadas as 10 (dez) faixa etárias, ali especificadas?

Brasília, 29 de abril de 2010.

Atenciosamente,

  
Wilson Nunes Vieira  
Diretor de Licitações

Para resposta: [wilson@grupo-alianca.com](mailto:wilson@grupo-alianca.com)  
Fax nº. 61-2103-7020