

À Comissão de Credenciamento do Instituto de Previdência e Assistência do Município do Rio de Janeiro – PREVI-RIO

Chamamento Público para Credenciamento nº 986001-1004/2026 | PREVI-RIO

Processo: 005300.004632/2026-29

Objeto: Credenciamento de operadoras de planos de saúde e odontológico para o PSSM

A **PREVSERVICE ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE LTDA.**, pessoa jurídica interessada no regular processamento do credenciamento em referência, vem, respeitosamente, com fundamento no item 1.12 do Edital, formular os seguintes **PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS**, necessários à correta compreensão das regras, à adequada estruturação dos produtos e ao preenchimento seguro da proposta.

Solicita-se que as respostas sejam objetivas e individualizadas, passando a integrar o instrumento convocatório para todos os fins, de modo a assegurar tratamento uniforme às operadoras interessadas.

I. Proposta, preços e produtos

1. Considerando que os itens 9.1 e 9.2 estabelecem tabelas distintas para titulares, pensionistas e estranhos aos quadros, de um lado, e dependentes, de outro, enquanto o Anexo IV contém apenas uma tabela de preços por faixa etária, solicita-se esclarecer como deverá ser preenchida a Proposta-Detalhe. Deverão ser apresentadas duas tabelas, uma para cada categoria, mediante adaptação do Anexo IV? Será disponibilizado modelo retificado?
2. Os valores constantes dos itens 9.1 e 9.2 são preços fixos e uniformes de credenciamento, cabendo à interessada apenas reproduzi-los e declarar sua aceitação, ou é permitido apresentar valores inferiores? Em caso de divergência entre o valor lançado no sistema e a Proposta-Detalhe, qual informação prevalecerá?
3. Confirma-se que o valor mensal de R\$ 11,72 referente ao plano odontológico é fixo, está obrigatoriamente incluído em cada mensalidade das tabelas dos itens 9.1 e 9.2 e deverá ser apenas transcrito no campo próprio do Anexo IV, sem possibilidade de alteração pela operadora?
4. O campo 08 do Anexo IV, relativo ao 'quantitativo de servidores beneficiários a serem atendidos, em função da capacidade técnica da empresa', deve ser preenchido com um número máximo de vidas? Em caso afirmativo, esse quantitativo limitará futuras adesões e migrações ou servirá apenas como informação declaratória, sem restringir a livre escolha dos beneficiários?
5. Para atendimento do Plano Referência PSSM, será aceito produto coletivo por adesão ou empresarial já registrado e ativo na ANS, compatível com a segmentação,



acomodação, abrangência, formação de preço e coberturas exigidas, ou será necessário registrar produto específico para o PREVI-RIO?

6. Nos termos do item E.5, a apresentação do protocolo de solicitação de registro do produto perante a ANS é suficiente para a habilitação, ficando o registro definitivo exigível somente na assinatura do contrato. Confirma-se esse entendimento? Caso o processo regulatório ainda esteja em análise na data prevista para contratação, haverá prazo para regularização sem perda definitiva do credenciamento?

7. A oferta de plano superior é facultativa, sendo obrigatória apenas a oferta do Plano Referência PSSM? Caso a operadora ofereça mais de um plano superior, poderá utilizar produtos com diferentes padrões de acomodação, abrangência geográfica, redes e mecanismos de reembolso, desde que apresente a comparação prevista no item 10.4.1?

II. Coparticipação, reembolso e cobertura

8. A expressão 'poderão prever a figura da coparticipação', constante do item 9.4, significa que a operadora poderá ofertar o Plano Referência e os planos superiores com ou sem coparticipação, conforme as características dos produtos registrados na ANS?

9. Caso haja coparticipação, confirma-se que os valores da tabela do item 9.4 constituem tetos máximos, podendo a operadora praticar valores inferiores, e que a cobrança somente incidirá sobre procedimentos realizados fora da rede própria ou fidelizada indicada na proposta, observadas as isenções dos itens 2.2.3 do Termo de Referência e 11.8 do Edital?

10. Solicita-se confirmar se a previsão de reembolso é facultativa tanto no Plano Referência quanto nos planos superiores, devendo a operadora apenas informar, em cada produto, se há ou não reembolso e suas condições. A referência do item E.6 à possibilidade de reembolso em localidades sem credenciamento cria obrigação mínima de reembolso ou possui caráter meramente informativo?

11. O Plano Referência poderá possuir abrangência geográfica regional, restrita ao Grupo de Municípios definido no registro do produto e compatível com as 12 áreas do Anexo X, ou será exigida abrangência nacional? Fora da área de atuação do produto, haverá alguma obrigação adicional além das coberturas de urgência e emergência e das regras previstas pela ANS?

12. Confirma-se que todas as coberturas, exclusões, prazos de carência e hipóteses de cobertura parcial temporária serão aplicados em estrita conformidade com a legislação e as normas vigentes da ANS, prevalecendo estas sobre disposições editalícias eventualmente divergentes?

III. Beneficiários, carteira e dados assistenciais

13. O Anexo XII totaliza 147.128 pessoas potencialmente elegíveis, sendo 96.575 titulares, pensionistas e estranhos aos quadros e 50.553 dependentes. Esse universo corresponde à atual carteira efetivamente vinculada ao PSSM ou apenas à população

elegível? Solicita-se informar o número exato de beneficiários atualmente ativos, segregado por operadora, produto, categoria e faixa etária.

14. Solicita-se disponibilizar a série histórica dos últimos 24 meses, preferencialmente 36 meses, contendo mensalmente: vidas expostas, mensalidades, despesas assistenciais, coparticipações, sinistralidade, inclusões, exclusões e migrações, segregadas por operadora, produto, titular/dependente e faixa etária.

15. Solicita-se informar a quantidade atual e o custo assistencial histórico dos beneficiários em condições de maior impacto atuarial, incluindo internação domiciliar/home care, internações de longa permanência, oncologia, hemodiálise, terapias seriadas, transtorno do espectro autista e outras terapias multidisciplinares, transplantes, gestantes, recém-nascidos internados, órteses, próteses e medicamentos de alto custo, preservado o anonimato dos beneficiários.

16. Existem beneficiários internados, em home care ou em tratamento continuado que deverão ser absorvidos pelas novas operadoras em 01/08/2026? Em caso positivo, serão fornecidos previamente relatórios clínicos, autorizações vigentes e informações necessárias à continuidade assistencial, observadas a LGPD e as regras da ANS? Como serão tratadas despesas cujo evento tenha se iniciado antes e terminado depois da migração?

17. Os dados dos Anexos XII e XIII refletem a posição de junho de 2026. Haverá atualização da base antes da escolha dos beneficiários e da contratação? Em caso positivo, qual será a data-base definitiva e em que formato eletrônico a base cadastral será disponibilizada às operadoras?

17.1. Qual a atual operadora de planos de saúde e a operadora de planos odontológicos?

IV. Rede assistencial e implantação

18. Sem prejuízo da impugnação apresentada quanto aos itens 5.1.1 e 5.1.2, solicita-se esclarecer quais critérios objetivos serão utilizados para aferir a 'equivalência' da rede das novas operadoras em relação às atuais: quantidade de prestadores, tipos de serviço, distribuição geográfica, capacidade instalada, nível de complexidade ou relação nominada de estabelecimentos. Qual será a data de corte das informações disponibilizadas no link externo?

19. A relação de rede deverá ser apresentada por produto e conter todos os prestadores credenciados nas áreas atendidas ou apenas a rede própria/fidelizada na qual não haverá cobrança de coparticipação? A comprovação de vínculo com os prestadores será exigida na habilitação, na assinatura do contrato ou apenas quando solicitada em diligência?

20. Considerando o início previsto para 01/08/2026, solicita-se informar o cronograma operacional completo: data de divulgação das operadoras habilitadas, período de escolha dos beneficiários, data de envio dos arquivos cadastrais, prazo para crítica e

saneamento, testes do PSSM ON LINE, carga dos beneficiários, disponibilização de carteirinhas digitais e canais de atendimento.

21. A exigência de telefone local ou 0800 'exclusivo' para o grupo beneficiário admite canal dedicado por URA, fila ou ramal específico dentro da central da operadora, ou exige número telefônico autônomo? O canal de mensagens por aplicativo também poderá operar por fila dedicada em número corporativo compartilhado?

V. Faturamento, garantia, reajuste e informações gerenciais

22. Como será calculada a garantia contratual de 2%, considerando que não há quantitativo mínimo assegurado e que o número de vidas de cada operadora somente será conhecido após a livre escolha? A base corresponderá ao valor anual inicial efetivamente contratado, apurado com a carteira atribuída à operadora, ou ao valor estimado global do credenciamento? Como ocorrerá a recomposição diante de migrações mensais?

23. Solicita-se esclarecer as regras de movimentação cadastral e faturamento: data de corte mensal, aplicação pro rata ou por competência integral, tratamento de inclusões e exclusões retroativas, prazo para envio e crítica do espelho do PSSM ON LINE, documentos fiscais exigidos e prazo para solução de divergências antes da emissão de fatura complementar ou restituição.

24. Nos casos em que o pagamento por consignação for insuficiente e houver emissão de boleto pela operadora, o risco de inadimplência será integralmente suportado pela operadora? O PREVI-RIO fornecerá dados de contato atualizados e colaborará com as notificações exigidas pela ANS? A suspensão, o rebaixamento e o cancelamento dependerão de autorização prévia do PREVI-RIO ou poderão ser realizados diretamente, observadas as normas regulatórias?

25. Quanto ao item 9.5 e à Cláusula Quinta da minuta, solicita-se informar a metodologia objetiva de reajuste: fórmula, período de apuração, índice de custos médico-hospitalares, meta ou gatilho de sinistralidade, critérios de ponderação, documentos necessários, prazo de análise e data de aplicação. Confirmado o atendimento aos parâmetros, o reajuste técnico será devido ou permanecerá sujeito a decisão discricionária da Administração?

26. O relatório gerencial mensal do Anexo XI deverá ser entregue em qual formato e por qual canal? Será aceito arquivo extraído dos sistemas da operadora que contenha todas as informações requeridas, ainda que com layout diverso, ou será obrigatório reproduzir exatamente o modelo do Anexo XI? A sinistralidade deverá ser calculada por competência ou por data de pagamento dos eventos?

VI. Cooperativas operadoras e aspectos regulatórios

27. Sem prejuízo da impugnação apresentada, solicita-se ratificar que as exigências documentais destinadas a cooperativas de trabalho serão interpretadas conforme a natureza jurídica e regulatória da cooperativa operadora de plano de saúde, cuja

execução ocorre institucionalmente por meio de rede própria, cooperada, credenciada, referenciada.

28. Nessa linha, confirma-se que os registros de presença nas três últimas assembleias, a ata autorizativa específica e os documentos de ingresso individual de cada cooperado somente serão exigíveis se os próprios cooperados indicados forem executar diretamente o contrato, admitindo-se, para cooperativa operadora, declaração explicativa acompanhada do estatuto, atas de eleição, registros da ANS e demais documentos compatíveis com sua estrutura?

29. Será aceita a utilização da rede intercâmbio e de prestadores credenciados por outras cooperativas integrantes do sistema, mediante instrumentos jurídicos e regulatórios próprios, para comprovação de cobertura e atendimento, sem que isso seja caracterizado como subcontratação irregular?

30. Os consórcios mencionados no item 5.2 deverão, necessariamente, possuir registro próprio como operadora na ANS antes da apresentação da documentação, ou será admitido compromisso de consórcio entre operadoras individualmente autorizadas, com regularização regulatória até a contratação? Solicita-se indicar o fundamento normativo específico para a exigência de 'certificado como consórcio na ANS'.

VII. Requerimento final

Diante do exposto, requer-se o fornecimento de respostas claras e individualizadas a todos os questionamentos, com a divulgação pelos mesmos meios utilizados para o Edital e a disponibilização, quando cabível, dos dados, leiautes e modelos retificados necessários à elaboração da proposta e à implantação segura dos serviços.

Termos em que,

Pede deferimento.

Brasília/DF, 21 de julho de 2026.

PREVSERVICE ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE LTDA.

Racine Percy Bastos Custodio Pereira

OAB/DF 37.760

