

**COMPANHIA POTIGUAR DE GÁS (POTIGÁS)****CIRCULAR 02****PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS E RESPOSTAS**

O Pregoeiro, nos termos do item 5.6.1 do Edital do Pregão Eletrônico - PE Nº 017/2021, vem apresentar os questionamentos tempestivamente apresentados até o momento e suas respostas.

Para as perguntas de cunho técnico, o Pregoeiro diligenciou junto a área demandante, responsável pela elaboração do Termo de Referência da licitação.

A seguir serão apresentadas as datas dos envios dos questionamentos, os conteúdos dos mesmos e, por fim, as respostas.

**1. DIA 10/02/2022 (Pedido de Esclarecimento 02 – Email: “PE nº. 017.2021 - POTIGÁS - PEDIDO DE ESCLARECIMENTOS”)**

**PERGUNTA 1** - Qual é a operadora atual?.

**RESPOSTA, pela área demandante:** UNIMED NATAL

**PERGUNTA 2** - Qual é o valor da última fatura? Favor informar as tabelas de preços e coparticipação praticados no contrato atual.

**RESPOSTA, pela área demandante:** R\$ 73.709,69. Não há coparticipações.

**PERGUNTA 3** - Qual a sinistralidade da contratação atual?

**RESPOSTA, pela área demandante:** Não temos no momento.

**PERGUNTA 4** - Qual é o perfil dos beneficiários por localidade? Considerando endereço residencial do beneficiário. (Essa informação é essencial para análise de suficiência de rede)

**RESPOSTA, pela área demandante:** Grande Natal e Mossoró.

**PERGUNTA 5** - Quantos beneficiários viajam? Quantas vezes houve a realização de atendimento fora do estado do Rio Grande do Norte?

**RESPOSTA, pela área demandante:** Todos colaboradores estão passíveis de viagens a serviço fora da localidade de trabalho.

**PERGUNTA 6** - Podemos entender que a contratação é para plano de tipo de contratação Coletivo Empresarial?

**RESPOSTA, pela área demandante:** Sim.

---

**PERGUNTA 7** - Podemos entender que a proposta será apresentada em 10 faixas etárias ANS? Não sendo em faixa única, independentemente da idade, o que não torna o valor da contratação balizado, nem atrativo, onerando a contratação para alguns beneficiários, principalmente os que precisam incluir mais de um dependente no plano de saúde?

**RESPOSTA, pela área demandante:** A tabela deverá obedecer a classificação da ANS.

**PERGUNTA 8** - Podemos entender que o edital prevê apenas a inclusão de usuários ativos, para aqueles que se tornarem inativos durante a contratação? Ou seja, passarem a inatividade durante o contrato e de acordo com as especificações da lei (artigos 30 e 31), se participarem no custeio do plano de saúde e de acordo com o tempo de contribuição/permanência no plano contratado quando ativos?

**RESPOSTA, pela área demandante:** Inclusão de ativos e manutenção de inativos, conforme legislação.

**PERGUNTA 9** - Podemos entender que os usuários que aderirem ao plano fora do prazo de isenção estipulado pela ANS, cumprirão as carências a seguir:

Após 30 (trinta) dias da vigência do contrato haverá carência exigida pela ANS.

Os beneficiários que optarem pelo plano de saúde após 30 (trinta) dias da assinatura do contrato, estão sujeitos ao cumprimento de carências previsto na Lei Nº 9.656/1998 de 03/06/1998, salvo os recém-nascido (quando o titular for beneficiário do plano de saúde) recém-admitido e recém-casado (esposo(a));

Para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos estabelecidos, deverão ser cumpridas, no máximo, as seguintes carências, específicas para os serviços:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência decorrentes de acidentes pessoais e/ou complicações do processo gestacional, conforme a previsão regulatória vigente;
- b) 30 (trinta) dias para consultas médica e exames laboratoriais, clínicos e patológicos, e raio X simples;
- c) 90 (noventa) dias para endoscopia, ultrassonografia, fisioterapia, ecocardiograma, teste ergométrico, acupuntura, prova de Holter, cintilografia, densitometria óssea, psicoterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e nutricionista;
- d) 180 (cento e oitenta) dias para cirurgias ambulatoriais, internações hospitalares, clínicas e cirúrgicas, exames de alta complexidade e tratamentos ou procedimentos de maior complexidade;
- e) 300 (trezentos) dias para parto a termo.

Para os beneficiários inscritos nas condições previstas, a operadora também poderá imputar cláusula de Cobertura Parcial Temporária, para Doenças e Lesões Preexistentes que o beneficiário ou seu

---

responsável tenha conhecimento prévio, pelo período máximo de 24 (vinte e quatro) meses, limitadas às condições previstas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

**RESPOSTA, pela área demandante:** A isenção do cumprimento de carência pela ANS, é assegurada a novos empregados, e na existência de novos dependentes (matrimônio, filho natural ou adotivo do titular do plano) quando a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias junto a operadora; fora o prazo legal assegurado, cumprirá as carências estabelecidas pela ANS.

**PERGUNTA 10** - Podemos entender que a remoção prevista no item 6.1.11 é a remoção inter-hospitalar prevista no rol da ANS?

**RESPOSTA, pela área demandante:** Remoção de pacientes entre hospitais dentro dos perímetros intermunicipal e interestadual, conforme item 6.1.11.

**PERGUNTA 11** - Podemos entender que a contratação é para plano de tipo de contratação Coletivo Empresarial?

**RESPOSTA, pela área demandante:** A CONTRATADA deve credenciar prestadores quando não existentes ou insuficientes para suprir a demanda de seus beneficiários, eximindo de tal dever se comprovada a inexistência de prestadores interessados para credenciamento na região ou município.

**PERGUNTA 12** Considerando que consta no Termo de Referência do edital, item 6.2.1, podemos entender que a cobertura será de abrangência estadual, e em território nacional se dará para urgência e emergência via rede ABRAMGE? Quantos beneficiários foram atendidos fora do estado do Rio Grande do Norte?

**RESPOSTA, pela área demandante:** O atendimento para urgências e emergências em território nacional deverá ser indicado pela CONTRATADA. No momento não temos essa informação sobre atendimentos fora do estado.

**PERGUNTA 13** - Podemos entender que as modernas tecnologias, previstas no item 6.3.4, serão ofertadas consoante dispõe a ANS?

**RESPOSTA, pela área demandante:** Conforme as legislações pertinentes.

**PERGUNTA 14** - Podemos entender que conforme item 6.3.6, do Anexo I do Termo de Referência, a Operadora Credenciada deverá possuir, na data de assinatura do contrato, um serviço de atendimento ao cliente (SAC), via discagem direta gratuita (DDG) disponível 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários, bem como sítio eletrônico?

**RESPOSTA, pela área demandante:** O atendimento ao consumidor é um canal obrigatório para as empresas que prestam serviços públicos, inclusive de planos de saúde, conforme o CDC.

**PERGUNTA 15** - Podemos entender que o serviço previsto no item 6.3.7, do Anexo I do Termo de Referência, é um serviço opcional, a ser precificado à parte do valor do produto e a critério da operadora fornecer ou não?

**RESPOSTA, pela área demandante:** O serviço previsto no item 6.3.7. não é opcional e deverá ser incluído no valor total do plano por faixa etária.

**PERGUNTA 16-** Os beneficiários indicados como dependentes serão aqueles descritos nas normas da ANS?

- Cônjuge ou companheiro (a) em união estável;
- Pessoa separada judicialmente, divorciada, de união estável, com percepção de pensão alimentícia;
- Filhos (as) e enteados (a) até 21 anos, ou se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- Filhos (as) e enteados (a) até 24 anos, se universitários.

**RESPOSTA, pela área demandante:** Os beneficiários constam no Acordo Coletivo de Trabalho vigente, conforme item 6.5.

**PERGUNTA 17** - Podemos entender que o reembolso será conforme a tabela da operadora?

**RESPOSTA, pela área demandante:** O reembolso deverá ocorrer quando a operadora não dispuser de serviço ou profissional credenciado, pela ANS, nestes casos o reembolso ocorrerá de forma integral ao beneficiário (item 6.8.).

**PERGUNTA 18** - Podemos entender que o serviço de UTI MÓVEL informado na página 04 item 6.3.8, Anexo I do TERMO DE REFERÊNCIA, é um serviço opcional, a ser precificado à parte do valor do produto e a critério da operadora fornecer ou não?

**RESPOSTA, pela área demandante:** O serviço previsto no item 6.3.8. não é opcional e deverá ser incluído no valor total do plano por faixa etária.

**PERGUNTA 19** - Podemos entender que a POTIGÁS será a responsável pelo custeio integral do plano de saúde com todos os serviços inclusos? Qual o percentual de custeio da POTIGÁS no custeio do plano de seus beneficiários titulares e seus dependentes?

**RESPOSTA, pela área demandante:** Os empregados custearam o plano de saúde de acordo com o percentual estabelecido em ACT. Atualmente a empresa custeia 90% para titulares e 85% para dependentes.

**PERGUNTA 20-** O beneficiário titular será responsável pelo pagamento do plano de saúde? Em caso afirmativo, qual é o percentual?

**RESPOSTA, pela área demandante:** O titular é responsável pelo custeio de 10% do seu valor de plano e 15% dos valores dos seus dependentes.

**PERGUNTA 21-** A POTIGÁS custeará a coparticipação de seus beneficiários titulares e seus dependentes?

**RESPOSTA, pela área demandante:** O plano solicitado é integral, sem co-participação.

---

**PERGUNTA 22-** A POTIGÁS efetuará a consignação em folha do pagamento do servidor e repassará a Contratada?

**RESPOSTA, pela área demandante: Sim.**

**PERGUNTA 23-** A adesão será compulsória ou facultativa?

**RESPOSTA, pela área demandante: Facultativa.**

**PERGUNTA 24-** Podemos entender que a contratação, os serviços e coberturas dos produtos serão apenas pelo ROL ANS?

**RESPOSTA, pela área demandante: Sim.**

**PERGUNTA 25-** Podemos entender que os produtos a serem ofertados serão de segmentação AMBULATORIAL+HOSPITALAR+OBSTETRÍCIA?

**RESPOSTA, pela área demandante: A CONTRATADA deverá prover a prestação continuada de atendimento médico-hospitalar, ambulatorial, laboratorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnósticos, terapias e internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas, inclusive aquelas de maior complexidade, incluindo internações em Unidade de Terapia Intensiva e utilização de leitos especiais. (Item 6.1.3.)**

**PERGUNTA 26-** Podemos entender que a POTIGÁS, respeitará o prazo de movimentação da operadora? Sendo realizadas as inclusões/exclusões do plano de saúde no sistema de movimentação da operadora no site da mesma, operados e solicitados de forma a respeitar os prazos do cronograma abaixo:

**RESPOSTA, pela área demandante: Período de Movimentação: 1º dia ao 15º dia, Vigência da Movimentação: A partir do 1º dia do mês seguinte; e Período de Movimentação: 16º dia ao 30º dia, Vigência da Movimentação: A partir do 1º dia do 2º mês subsequente.**

**PERGUNTA 27-** Podemos entender que o manual guia médico de rede poderá ser fornecido eletronicamente e/ou via site ou aplicativo para acesso à rede de prestadores da operadora?

**RESPOSTA, pela área demandante: Sim, poderá ser oferecido também de forma eletrônica ou virtual.**

**PERGUNTA 29\*** - Podemos entender que o pagamento será em Fatura Única emitida em favor da POTIGÁS, com repasse direto às Operadoras, por crédito em conta-corrente das mesmas, onde o Órgão consigna os pagamentos em folha de pagamento do servidor?

**RESPOSTA, pela área demandante: As condições de pagamento constam no item 9 do Termo de Referência.**



**CIRCULAR 01**

Página 6 de 6

**PREGÃO ELETRÔNICO  
PE Nº 017/2021**

São esses os esclarecimentos prestados.

Natal/RN, 14 de fevereiro de 2022.

---

**FRANCISCA ROSIANNE DE MOURA XAVIER**

Pregoeira

---