Relatório Final da COSAÚDE – Inclisirana para o tratamento da hipercolesterolemia primária ou dislipidemia mista (UAT 171)

No dia 27 de janeiro de 2026, na 47ª reunião técnica da Comissão de Atualização do Rol e Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar – COSAÚDE, foi realizada discussão sobre a análise das contribuições da Consulta Pública n.º 163, em relação à proposta de atualização do Rol para o *Inclisirana para o tratamento da hipercolesterolemia primária ou dislipidemia mista.*

A reunião foi realizada em cumprimento ao disposto no art. 10-D, parágrafo 3º, da Lei 9.656/1998, incluído pela Lei 14.307/2022, e o conteúdo integral da reunião está disponível em www.gov.br/ans e no canal oficial da ANS no YouTube (ANS Reguladora).

A área técnica da ANS apresentou o relatório de análise das contribuições da participação social para a proposta de atualização do Rol.

Após as apresentações, foi realizada discussão que abordou aspectos relacionados às evidências científicas sobre eficácia, efetividade e segurança da tecnologia, a avaliação econômica de benefícios e custos em comparação às coberturas já previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, bem como a análise de impacto financeiro da ampliação da cobertura no âmbito da saúde suplementar.

Registro de manifestações de membros integrantes da COSAÚDE:

Após a discussão, os membros integrantes da COSAÚDE declararam sua manifestação para registro no presente Relatório Final quanto à incorporação da tecnologia no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde:

- A Unimed do Brasil concorda com a ANS em sua análise crítica contida no RAC relacionado, e assim, posiciona-se contrariamente à incorporação de inclisirana para a hipercolesterolemia em prevenção secundária. Citamos um trecho do próprio RAC que diz: "Embora a tecnologia demonstre redução sustentada do LDL-C, essa redução não se traduziu, até o momento da avaliação, em diminuição de MACE com significância estatística, nos ensaios analisados. A metanálise conduzida pelos pareceristas da ANS mostrou um RR de 0,99 (IC95% 0,85 a 1,16) para esses desfechos, indicando semelhança entre os grupos que utilizaram e que não utilizaram o inclisirana. Adicionalmente, mesmo com o desconto significativo (35%) sobre o preço CMED nem assim os estudos econômicos demonstraram que o tratamento não seria custo-efetivo.

- Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e Biored Brasil endossam a posição da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e se mantêm favoráveis à incorporação da tecnologia UAT 171

- A Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE) reafirma seu posicionamento favorável à incorporação da UAT 171 – Inclisirana, endossando a recomendação da Sociedade Brasileira de Cardiologia. O posicionamento fundamenta-se nas evidências apresentadas, nas contribuições advindas da participação social, bem como nas análises técnicas e manifestações dos especialistas durante a reunião técnica, além das contribuições das organizações representativas de pacientes.

- A União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) se mantem contrária à incorporação da inclisirana por entender que ainda há incertezas quanto à eficácia clínica e pelo alto IO na saúde suplementar, mesmo após o desconto oferecido pelo fabricante.

- Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (SINAMGE/ABRAMGE) - a despeito das incertezas que ainda permanecem mesmo após a participação social ampliada, cabe ressaltar a disposição do demandante em colaborar com o sistema de saúde suplementar, adequando preços e desenhando DUT mais adequada. Diante das incertezas dos benefícios clínicos e impacto orçamentário importante mesmo após ao desconto, acompanhamos a Unimed no posicionamento desfavorável

- A Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados, de Capitalização e de Previdência Complementar Aberta (FENASEG/FENASAUDE) mantém o posicionamento de não incorporação da tecnologia. Apesar das novas informações trazidas no processo, ainda se mantém dúvidas quanto a população elegível e a sustentabilidade do sistema.

- Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (SINOG) - acompanhamos manifestação desfavorável da Unimed do Brasil

- CMB mantém sua posição desfavorável à incorporação.

- A Confederação Nacional do Comércio (CNC) acompanha manifestação desfavorável da Unimed do Brasil a despeito das incertezas que ainda permanecem.

- Conselho Federal de Farmácia (CFF) é favorável à incorporação da UAT 171.

ANEXOS:

Apresentações

Lista de presença

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

UAT 171

INCLISIRANA PARA HIPERCOLESTEROLEMIA PRIMÁRIA OU DISLIPIDEMIA MISTA

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

AUDIÊNCIA PÚBLICA Nº 61/2025 E CONSULTA PÚBLICA Nº 163/2025

47ª REUNIÃO TÉCNICA DA COSAÚDE

27 e 28/1/2026

PROPOSTA DE ATUALIZAÇÃO

- **Protocolo:** 2025.2.000270
- **Proponente:** Novartis Biociências S.A
- **Nº UAT:** 171
- **Tipo de PAR:** Incorporação
- **Tecnologia:** Inclisirana
- **Indicação de uso:** Tratamento da hipercolesterolemia primária (familiar heterozigótica ou não familiar) ou dislipidemia mista em pacientes adultos com doença aterosclerótica, com histórico de infarto agudo do miocárdio, revascularização miocárdica (cirúrgica ou percutânea) ou estenose coronariana > 70%, em uso de estatinas em dose máxima tolerada, associada ou não ao ezetimiba, e que persistem com LDL-C ≥ 100 mg/dL.
- **Tecnologias alternativas disponíveis no Rol:** Não há. O tratamento atual consiste, em regra, em medicamentos orais, sem cobertura obrigatória pelos planos de saúde, e inexistem medicamentos injetáveis ambulatoriais no Rol para essa indicação.

RECOMENDAÇÃO PRELIMINAR

- **Recomendação Preliminar:** Desfavorável, conforme Nota Técnica de Recomendação Preliminar – NTRP (Nota Técnica nº 46/2025/GCITS/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO), Processo SEI nº 33910.048937/2025-19.
- **Motivação:**

As evidências atualmente disponíveis sobre eficácia e segurança de inclisirana para o tratamento da hipercolesterolemia primária (familiar heterozigótica ou não familiar) ou dislipidemia mista são baseadas em três ensaios clínicos randomizados e em um estudo de extensão aberta de longo prazo. Seus resultados indicam incertezas acerca dos efeitos de inclisirana adicionada à terapia padrão (estatinas em dose máxima tolerada com ou sem ezetimiba) na redução de eventos cardiovasculares maiores (MACE), com perfil de segurança semelhante quando comparado ao placebo adicionado à terapia padrão.

Não obstante a redução do LDL-C observada nos estudos, tal achado não se traduziu em melhoria estatisticamente significativa em desfechos clinicamente relevantes, como a redução de MACE. Ademais, não foram identificados estudos que avaliassem desfechos de qualidade de vida. Logo, subsistem incertezas relacionadas às lacunas metodológicas e à imprecisão das estimativas de efeito (evidências de certeza baixa a moderada).

- **Motivação (continuação):**

O estudo econômico apontou como resultado uma razão de custo-utilidade (RCUI) da ordem de R$ 262 mil por anos de vida ajustados pela qualidade (AVAQ), tendo apresentado elementos de incerteza relacionados ao tempo de acompanhamento dos pacientes e às estimativas de custo. As incertezas também estão presentes na avaliação de impacto orçamentário, principalmente com relação à estimativa da população-alvo, havendo uma diferença substancial entre o número de pacientes elegíveis calculados pelo proponente (média anual de 8.838) e pelos pareceristas (média anual de 110 mil). Isso é devido a diferenças nos critérios populacionais adotados.

O impacto orçamentário incremental estimado pelos pareceristas chega a R$ 1,12 bilhão ao ano, em média, no horizonte temporal de cinco anos e no cenário de difusão mais agressivo - de 20% no ano 1 a 60% no ano 5.

Do ponto de vista clínico, a ausência de avaliação da qualidade de vida e a dependência de desfechos substitutos, frente à complexidade multifatorial da doença aterosclerótica, constituem aspectos a serem considerados na análise do conjunto das evidências. Do ponto de vista econômico, as incertezas relativas à população elegível devem ser esclarecidas. Portanto, a participação social ampliada será fundamental para agregar informações relevantes à análise.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL AMPLIADA

Consulta Pública – CP nº 163/2025: Recebimento de contribuições da sociedade entre **05 a 24/11/2025**. O dossiê do proponente, o estudo técnico elaborado pela ANS (Relatório de Análise Crítica - RAC), o relatório preliminar da COSAÚDE e a NTRP estão disponíveis para consulta na página da CP.

Link: https://componentes-portal.ans.gov.br/link/ConsultaPublica/16

Audiência Pública - AP nº 61/2025: Realizada em **19/11/2025.**

Link: https://www.youtube.com/watch?v=oGNNf6W1cdo&t=2379s

RESUMO DOS PRINCIPAIS TEMAS ABORDADOS NA AP Nº 61/2025

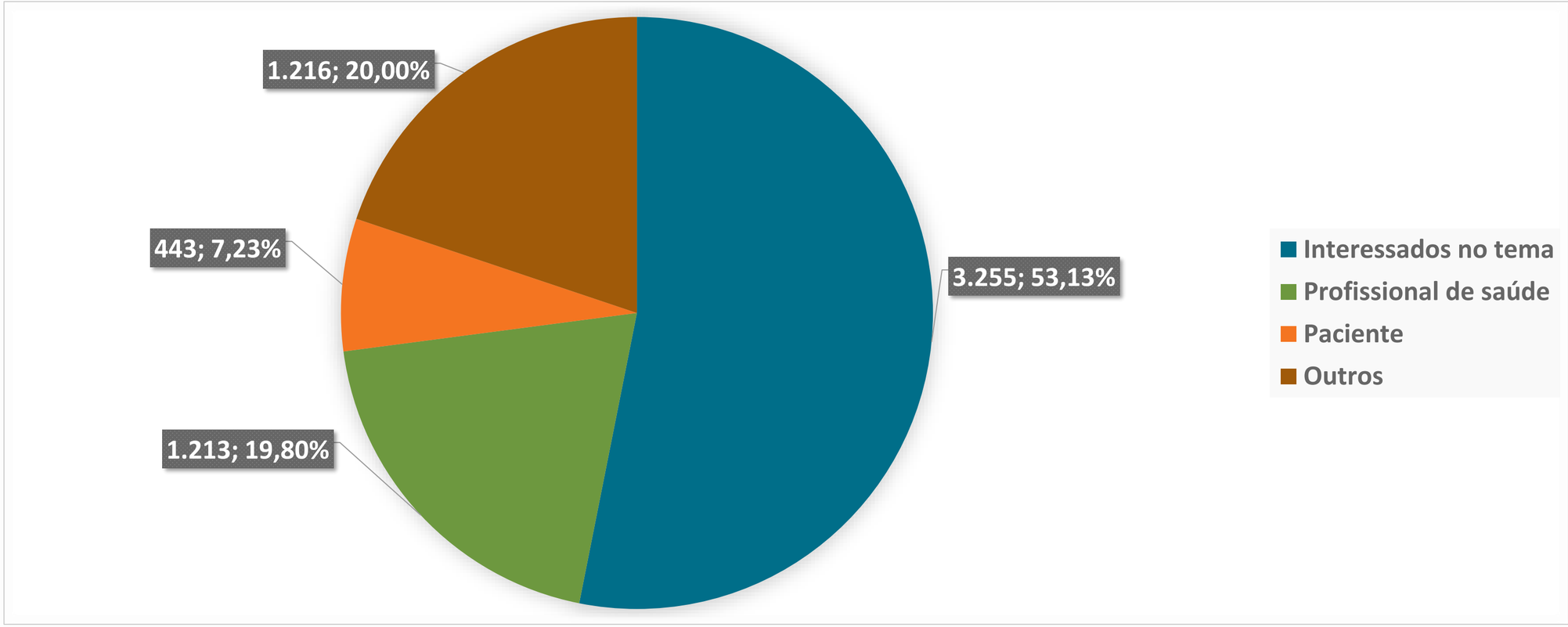
- Tecnologia apresenta benefício clínico relevante com segurança similar ao tratamento padrão
- Posologia da inclisirana favorece a adesão (1 aplicação a cada 6 meses)
- Uso em prevenção secundária para pacientes graves com doença aterosclerótica estabelecida
- Importância da identificação da população alvo que mais se beneficiará da tecnologia
- População restrita de pacientes de muito alto risco que não atingem metas das diretrizes atuais
- Relação causal comprovada entre colesterol elevado e doença aterosclerótica
- Redução do LDL-C associada à diminuição de eventos cardiovasculares e dos riscos de mortalidade cardiovascular, mortalidade geral, IAM e AVC
- Melhora da qualidade de vida, reduzindo novos eventos, reinternações, além de impactos sociais e funcionais

Quantidade de contribuições por tipo de opinião

Opinião	Qtd.	%
Concordo com a Incorporação	6.086	99,33*
Discordo da incorporação	21	0,34*
Concordo/discordo parcialmente da incorporação	20	0,33*
Total Geral	**6.127**	**100%**

Obs.: Foram identificadas **4.477 contribuições (73,06%) com o mesmo conteúdo**. Todas foram mantidas para preservar a intenção dos contribuintes.
* Ajustado após disponibilização do RCP para a COSAÚDE.

PERFIL DO CONTRIBUINTE CP Nº 161/2025



ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Eficácia/efetividade e segurança da tecnologia e assuntos correlatos:

*"A inclisirana mostrou-se altamente **eficaz na redução do LDL-colesterol** em pacientes com hipercolesterolemia primária (…). As evidências clínicas da redução adicional de LDL-colesterol **da ordem de 50%** (…) estão fartamente documentadas pelos estudos de fase 3 pivotais realizados com inclisirana: ORION-9, ORION-10 e ORION-11, bem como o estudo de extensão ORION-8 (…)."* – Profissional de saúde

*"(…) justifica-se a introdução de inclisirana como **terapia complementar, conforme a Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2025** (…) em **pacientes de risco extremo** que **não atingem metas com estatina e ezetimiba** (…). **Em análise agrupada** (…) o uso de inclisirana (...) resultou (…) na **redução do desfecho composto de eventos cardiovasculares maiores (MACE).**"* – Profissional de saúde

*"(...), a **redução de LDL-C é um marcador substituto validadamente correlacionado à redução de risco de eventos maiores** (...)."* – Profissional de saúde

*"(...) apresenta **perfil de segurança comparável ao placebo** (...). Seu **regime de administração semestral** supervisionada representa avanço logístico substancial: **melhora a adesão** (…) e **reduz o abandono** (…)."* – Profissional de saúde

*"**Faltam evidências de desfecho bruto** para que o tratamento seja incluído no rol das operadoras. Além disso, há **risco de superindicação** do tratamento com a droga (...)."* – Profissional de saúde

Eficácia/efetividade e segurança da tecnologia e assuntos correlatos:

*"(...) é fundamental para **ampliar as opções terapêuticas** (…) grupo de **pacientes de alto risco cardiovascular** (…)."* – Paciente

*"Sou paciente de Sybrava, tinha um LDL 270 mg/dL, de **difícil controle**, mesmo que o uso de Rusovastatina + Ezerimibe. Histórico familiar, (...). Após a primeira injeção de Sybrava, após 3 meses o meu LDL baixou para 20 mg/dL. **Atingi a meta abaixo de 40 mg/dL** para paciente de alto risco (...). Seria muito Importante ter este produto no sistema privado de saúde*." – Paciente

*"(...) propõe uma diretriz de utilização com **elementos mais precisos para elegibilidade, critérios de monitoramento e avaliação, além de critérios de interrupção**. (...) é essencial (...) que o paciente esteja em uso adequado da terapia de base (...). No Canadá, Inglaterra, Austrália, Escócia, França, Itália e Portugal, sua utilização **foi aprovada ou recomendada** como terapia complementar (...), considerando evidências de benefício clínico relevante (…). Por outro lado, a Alemanha (IQWiG) **não recomenda** […] alegando ausência de evidências de benefício adicional em comparação com outras (...)." –* Empresa detentora do registro

*"Apesar da redução do biomarcador, (...) destacam-se **fragilidades metodológicas** relevantes: **dependência de desfechos substitutos (redução de LDL-C) para inferência de desfechos clínicos, ausência de evidências robustas de redução de MACE** (...)."* – Entidade representativa de operadoras

*"Avaliando as evidências disponíveis, a maioria dos estudos tiveram **seguimentos curtos** (...). Também **não foram observados resultados de redução de hospitalização ou mortalidade** (...)."* – Operadora

ANÁLISE DAS PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES

Eficácia/efetividade e segurança da tecnologia e assuntos correlatos:

Houve uma ampla participação social, embora com muitas duplicatas. As opiniões foram majoritariamente favoráveis à incorporação da tecnologia.

As justificativas favoráveis mencionam a relevância da **redução do LDL-C** como marcador substituto validado. Destacam que se trata de uma opção adicional para pacientes de muito alto risco que não atingem metas. Citam os estudos ORION-9, ORION-10, ORION-11 e o estudo de extensão ORION-8, indicando reduções sustentadas de LDL-C. Referem análises combinadas de estudos de fase III sugerindo **redução relativa de MACE**, interpretada como evidência adicional de benefício clínico, ainda que advinda de análises agrupadas e, em alguns casos, exploratórias. Enfatizam a **conveniência do regime semestral** e o **potencial de melhora da adesão**. Apontam, ainda, as **aprovações de agências internacionais**, geralmente como terapia complementar, e muitas vezes com critérios restritivos e mecanismos de gestão de uso.

Por outro lado, as contribuições desfavoráveis se concentram **na insuficiência de evidência robusta de benefício clínico em desfechos duros**, no risco de ***superindicação*** e de **ampliação da população tratada**, e na **ausência de dados de qualidade de vida.** Citam, também, a avaliação da IQWiG (Alemanha), que não identificou evidências de benefício adicional.

Eficácia/efetividade e segurança da tecnologia e assuntos correlatos:

A análise crítica aponta que o **conjunto de evidências sobre inclisirana permanece limitado**. Há **certeza moderada** quanto à redução de **LDL-C** e ao **perfil global de segurança.** A **certeza da evidência sobre desfechos clínicos relevantes**, como **MACE**, **é baixa. Inexistem dados de qualidade de vida**.

Apesar da redução expressiva do LDL-C e do perfil de segurança relativamente consistente, persiste alta a incerteza sobre o seu impacto na diminuição de eventos cardiovasculares graves, o que impede conclusões firmes sobre seu real benefício clínico.

A existência de **diretrizes clínicas** que recomendam o uso de inibidores de PCSK9 nesta população de alto risco reforça a **plausibilidade e o racional clínico**, mas **não supre a necessidade de evidência robusta em desfechos clínicos**.

Além disso, **decisões de ATS internacionais** oferecem contexto, mas não podem ser aplicadas automaticamente ao Brasil, pois refletem realidades distintas de sistemas de saúde, prioridades locais e negociações específicas.

Aspectos econômicos e financeiros:

"a Novartis Biociências (...) protocolou no dia 19 de novembro de 2025, pedido de redução do preço lista de inclisirana em 35,066% (...). Assim, o novo preço de inclisirana (PF 18%) a ser considerado na nova análise de custo-utilidade passa a ser o de R$7.764,85. Ao utilizarmos este novo preço de inclisirana no modelo, na perspectiva da saúde suplementar, o valor da RCUI cai de 262.336/QALY para 165.742/QALY, reduzindo em mais de 96.000/QALY o valor anteriormente apresentado (discussão preliminar)" - empresa detentora do registro/fabricante

"...apresentamos uma adequação à proposta de DUT inicial, a fim de assegurar maior previsibilidade na utilização de recursos no contexto da doença aterosclerótica, com elementos claros de elegibilidade, incluindo a necesssidade de uso de estatina de alta potência (rosuvastatina 20mg/40mg ou atorvastatina 40 mg/80mg) associadas ao ezetimiba, para iniciar o tratamento com a inclisirana, a adoção de critérios de interrupção do tratamento, uma vez não atingido o percentual de redução de LDL-C≥ 50% em comparação ao LDL-C basal e a necessidade de medidas de LDL-C semestrais para essa avaliação." - empresa detentora do registro

"(...) No entanto, destacam-se fragilidades metodológicas relevantes: dependência de desfechos substitutos (redução de LDL-C) para inferência de desfechos clínicos, ausência de evidências robustas de redução de MACE, extrapolações extensas sem justificativa clínica adequada, parâmetros com ampla incerteza e falta de transparência em premissas fundamentais. Essas limitações comprometem a validade das conclusões econômicas e mostram que o resultado de custo-efetividade é altamente sensível às premissas adotadas." - Entidade representativa de operadoras

Aspectos econômicos e financeiros:

Quanto à população elegível, primeiramente, é necessário esclarecer que em sua contribuição o proponente empregou critérios específicos que não estavam previstos na sua definição de população alvo para estimar o tamanho da população elegível, que foram: uso estatinas de alta potência, adesão ao tratamento com estatinas, e uso de estatinas e ezetimiba, neste último caso conflitante com a população alvo proposta por eles e por isso os pareceristas elaboraram nova análise em conformidade com a população alvo proposta originalmente pela empresa empregando o estudo de Braga e colaboradores, com co-autoria da empresa, o qual estimou que cerca de 110 mil pacientes se encontram em prevenção secundária na saúde suplementar.

Em sua contribuição na consulta pública, o proponente reconheceu a falta de clareza na descrição da população alvo e propôs nova população alvo e DUT a fim de adequar a população alvo proposta aos critérios que empregou no funil epidemiológico. Diante disso, os pareceristas realizaram uma análise de cenário para o impacto orçamentário considerando a nova DUT.

Aspectos econômicos e financeiros:

Quanto ao preço do medicamento, a empresa informa que protocolou no dia 19/11/2025, o pedido de redução do preço lista CMED em 35,066%, resultando em um preço de PF 18% de 7.764,85. **Os pareceristas atualizaram sua análise de impacto orçamentário considerando o novo preço proposto pelo demandante em que o impacto orçamentário incremental em cinco anos totalizou R$ 3.869.718.599,46 (média anual de R$ 773.943.719,89) considerando difusão rápida e R$ 1.428.110.435,52 (média anual de R$ 285.622.087,10) com difusão lenta** (considerando a média de população tratada no RAC, de 110 mil pacientes).

Além disso, foi realizada uma análise de cenário diante dos dados de população previstos na nova DUT apresentada pelo proponente em sua contribuição. Os seguintes pressupostos foram adotados: i) o tamanho da população elegível foi estimado empregando-se os mesmos critérios e referências da análise do proponente, exceto o percentual de pacientes que persistem no tratamento com inclisirana, o qual não foi considerado devido à grande fragilidade da referência utilizada (resumo de congresso sobre um estudo de adesão de curto prazo); ii) não foram incluídos custos associados a eventos cardiovasculares pelos motivos já expostos anteriormente; iii) foi considerado o novo preço proposto pela empresa.

Aspectos econômicos e financeiros:

A seguir são apresentados os resultados da análise de cenário para o impacto incremental

Ano	Difusão lenta (R$)	Difusão rápida (R$)
2026	17.439.769,84	69.759.079,36
2027	23.962.684,02	71.888.052,06
2028	37.045.324,84	98.787.532,90
2029	50.911.421,86	127.278.554,65
2030	65.589.425,23	157.414.620,55
Total	**194.948.625,78**	**525.127.839,51**
Média anual	**38.989.725,16**	**105.025.567,90**

Os pareceristas recomendam cautela na interpretação dos resultados da análise de cenário, pois i) não há dados de prevalência sobre a população específica da nova DUT, de modo que o tamanho da população elegível é incerto; ii) a intolerância ao uso de estatinas é um importante fator que pode levar a não adesão ao tratamento, especialmente no caso de estatinas de alta potência e a nova DUT exclui pacientes intolerantes quando determina que a adesão ao tratamento com estatinas+ezetimiba é um critério de elegibilidade; iii) não existem mecanismos que garantam que todos os critérios propostos na nova DUT sejam implementados na prática clínica, o que pode impactar no tamanho da população que de fato receberá o medicamento e, consequentemente, no impacto orçamentário.

Aspectos econômicos e financeiros:

Por fim, ressaltamos que, a despeito das limitações apresentadas e que geram incertezas em relação aos critérios adotados para a DUT e consequentemente para o cálculo anteriormente apresentado, para fins de avaliação da tecnologia os valores considerados para o cálculo da população permanecem os mesmos da discussão do RAC e o preço da tecnologia considera a redução apresentada para a CMED.

Comparando o impacto incremental da discussão preliminar ao posterior à etapa de consulta pública temos:

População média	110.171			
Preço	R$ 11.958,12		R$ 7.764,85	
Difusão	5% a 25%	20% a 60%	5% a 25%	20% a 60%
Impacto incremental médio (R$)	413.069.043,93	1.119.283.860,96	285.622.087,10	773.943.719,89

DISQUE ANS
0800 701 9656

Formulário eletrônico
www.gov.br/ans

Atendimento presencial
12 Núcleos da ANS

Atendimento exclusivo
para deficientes auditivos
0800 021 2105

ans.reguladora @ANS_reguladora company/ans_reguladora @ans.reguladora ansreguladoraofic

47ª Reunião Técnica da COSAÚDE		27/01/2026
Nº	NOME	INSTITUIÇÃO
1	AILIME PERITO FEIBER HECK	COFFITO - CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
2	ALCINDO CERCI NETO	CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
3	ALCINDO CERCI NETO	CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
4	ALCINDO CERCI NETO	CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
5	ANA LÚCIA SILVA MARÇAL PADUELLO	CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
6	ANDRÉIA ROSANA ANDRADE	IPSEN
7	ANETE MARIA GAMA	ANS
8	ANNA SOUSA	ANS
9	ANNE KARIN DA MOTA BORGES	ANS
10	BEATRIZ FERNANDA AMARAL	ABRAMGE
11	CARLOS EDUARDO FERREIRA DOMINGUES	MTE
12	CARMEM LUCIA LUPI MONTEIRO GARCIA	COFEN

13	CAROLINA MARIA DIAS DA SILVA	CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA
14	CASSIO IDE ALVES	ABRAMGE
15	CELINA BORGES MIGLIAVACA	INOVA HTA
16	CLARICE ALEGRE PETRAMALE	UNIMED DO BRASIL
17	CLAUDIA SOARES ZOUAIN	ANS
18	DANIEL BARAUNA	CONFEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA, HOSPITAIS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS - CMB
19	DENISE BLAQUES	INSTITUTO LADO A LADO PELA VIDA
20	DIOGO BUGANO DINIZ GOMES	SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLINICA (SBOC)
21	EDUARDO GOMES LIMA	INCOR
22	FABRICIO IMANISHI RUZON	PFIZER
23	FLÁVIA CRISTINA DE ARAÚJO CORDEIRO	ANS
24	FLAVIA TANAKA	ANS
25	GRACCHO BOGÉA DE MELO E ALVIM NETO	FBH
26	HELENA ESTEVES	ONCOGUIA

27	HELLEN HARUMI MIYAMOTO	FENASAÚDE
28	IONE AYALA GUALANDI DE OLIVEIRA	NOVARTIS BIOCIÊNCIAS
29	ISABELLA VASCONCELLOS DE OLIVEIRA	UNIDAS
30	JEANE REGINA DE OLIVEIRA MACHADO	ANS
31	JOSE FRANCISCO KERR SARAIVA	SOC BRAS DE CARDIOLOGIA
32	KARINA BARREIRA SOBRINHO	ANS
33	LÉLIA MARIA DE ALMEIDA CARVALHO	UNIMEDBH
34	LUANA FERREIRA LIMA	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA (ABRALE)
35	LUCAS MIYAKE OKUMURA	ASTELLAS
36	LUCIANA HOLTZ	ONCOGUIA
37	LUIZ RICARDO TRINDADE BACELLAR	ANS
38	MARA JANE CAVALCANTE CHAGAS PASCOAL	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
39	MARCELO FERNANDES DE QUEIROZ	CNC
40	MARIANA MICHEL BARBOSA	UNIMEDBH

41	MARTA SUNDFELD	ANS
42	MIRIAN CARVALHO LOPES	ANS
43	MIYUKI GOTO	ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA AMB
44	PATRÍCIA VIEIRA DE LUCA	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR
45	PRISCILA TORRES DA SILVA	BIORED BRASIL
46	RONI DE CARVALHO FERNANDES	SOCIEDADE BRASILEIRA BRASILEIRA
47	SILVANA MARCIA BRUSCHI KELLES	UNIMED BRASIL/BH
48	SIMONE ASSUMPÇÃO PEROBA	CONFEDERAÇÃO NACIONAL DO COMERCIO
49	SIMONE HAASE KRAUSE	ANS
50	TALITA BARBOSA GOMES	CFF
51	THIAGO MARTINO MARTINS	ASTELLAS FARMA BRASIL