

ATA DE REUNIÃO

1. DADOS DA REUNIÃO

119ª Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar

Data	Horário de Início	Horário de Término	Local
05/08/2025	14h30min	15h23min	Virtual - Plataforma Microsoft Teams

2. PARTICIPANTES

2.1. Lista de presença constante do presente processo SEI nº 33910.019022/2020-91, documento nº 33272664

3. PAUTA

Item	Assuntos
1	Abertura
2	Informes e Apresentações: <ul style="list-style-type: none">• Informe sobre as Consultas Públicas n.os 154, 155, 157 e 158 - DIPRO/ANS;• Informe sobre a Consulta Pública nº 156 - DIPRO/ANS;• Informe sobre as Audiências Públicas n.os 55, 56 e 57 - DIPRO/ANS;• Informe sobre a Consulta Pública nº 144 - DIDES/ANS;• Informe sobre a Agenda Regulatória 2023-2025 - PRESI/ANS;• Informe sobre Glosas nos Serviços de Saúde - FBH.
3	Encerramento.

4. RELATO DA REUNIÃO

ABERTURA – No dia 05 de agosto do ano de 2025, às 14h30min, de forma virtual, via plataforma *Microsoft Teams*, teve início a 119ª Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar - CAMSS, órgão integrante da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, de caráter permanente e consultivo, nos seguintes termos: do Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000 (Artigo 4º, inciso II, e Artigos 13 e 14); da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000 (Artigo 5º, Parágrafo Único, e Artigo 13, combinado com o artigo 4º, da Medida Provisória nº 2.177, versão 44); e da Resolução Normativa nº 482, de 16 de março de 2022, que dispõe sobre o Regimento Interno da CAMSS. A reunião foi presidida pela Dra. **Carla de Figueiredo Soares** (Diretora-presidente Interina) estando presentes os membros titulares e suplentes, além dos demais diretores da ANS: o Diretor de Desenvolvimento Setorial, Dr. **Maurício Nunes da Silva**; o Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Dr. **Alexandre Fioranelli**; e a Diretora de Fiscalização, Dra. **Eliane Aparecida de Castro Medeiros**. A Dra. **Carla de Figueiredo Soares** deu início à 119ª Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar, cuja pauta teve a seguinte dinâmica: **1 – Abertura; 2 - Informes e Apresentações; e 3 - Encerramento**. Inicialmente, **Carla de Figueiredo Soares** dá início à reunião ordinária da Câmara de Saúde Suplementar, número 119, desejando boa tarde a todos e registrando que o diretor **Jorge Aquino Lopes** (Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras), está de férias e, por isso, não participará desta reunião. Na sequência, informa que a ata da reunião anterior, nº 118, foi enviada aos membros em 23/07/2025, com prazo para alterações até 30/07/2025. Que houve uma solicitação de alteração do documento por parte da representante dos consumidores, mas não foi acatada porque a ata é confeccionada com base no áudio e vídeo do momento da reunião e foi solicitada a inserção de uma informação sobre o envio de um e-mail posterior à reunião. Dessa forma, a ata foi aprovada, será assinada digitalmente, por ela, pelos diretores que estiverem presentes na ocasião e que o link da gravação da reunião estará disponível no site da ANS. De toda sorte, em respeito

ao princípio da informação, transparência, passou a palavra, antes de dar início à pauta, para representante dos consumidores **Dra. Maria Stella Gregori** (Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor - Brasilcon) para que ela fizesse sua manifestação, que poderá constar nesta ata. A **Dra. Maria Stella** iniciou dando boa tarde a todos e parabenizando a ANS, por junto com o Ministério da Saúde e o SUS, fazer a integração das informações dos dados. Quanto ao que foi discutido na reunião passada, relata que foi “chamada atenção” pela Dra. **Carla**, por estar desinformada a respeito de um determinado assunto (Instrumentos da portabilidade dos contratos, mencionado na linha 564 da ata da 118ª reunião), porém, ao pesquisar e verificar no site da ANS, percebeu a divergência de informação condizendo exatamente com o que ela tinha falado, mas, que, posteriormente, notou a correção no site da ANS. Mencionou, ainda, que como os cidadãos têm como fonte de informação o site da ANS, quis fazer essa consideração. Respondendo à Dra. **Maria Stella**, a Dra. **Carla** aludiu que as informações sobre a portabilidade especial e portabilidade extraordinária constam na cartilha. Tendo em vista que essa matéria é de suma importância para o cidadão, propôs, para a próxima reunião da CAMSS, que a DIPRO faça uma breve apresentação com esclarecimentos e detalhes sobre portabilidade, se os diretores Dr. **Maurício**, Dra. **Elaine** e os membros da CAMSS estiverem de acordo, o tema já seria incluído na pauta. Abrindo a palavra para contribuição. Em resposta à sugestão da pauta para a próxima reunião, o Dr. **Maurício** se manifestou positivamente. A Dra. **Daniele Duarte Sambugaro** (Defensora Pública e titular do Nudecon), também solicitou oportunidade de fala para contribuir com a sugestão dada pela Dra. **Carla**, opinando sobre esse assunto ser de extrema importância, afirmando que existem muitas reclamações por parte dos consumidores quanto à dificuldade para a realização da efetivação da portabilidade e mencionou, ainda, que também iria sugerir essa pauta, portanto, está de acordo. A **Dra. Maria Stella** relatou que havia visto em sites a questão sobre a Unimed Ferj, que incorporou a Unimed Rio, que está com problemas e questionou se os demais estão acompanhando. A Dra. **Carla** respondeu que esse assunto será discutido na próxima pauta e que a ANS está acompanhando de perto. Continuando, explicou que a pauta e os normativos publicados desde o último encontro foram encaminhados, aos membros, por e-mail em 29/07/2025, incluindo o link da Agenda Regulatória 2023-2025. Após esses encaminhamentos, informou que recebemos alterações e nomeações dos seguintes representantes da CAMSS: alteração do representante titular do Ministério da Fazenda, sendo agora Priscila Gebrim Louly, a titular; alteração dos representantes titular e suplente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, sendo, Cláudia Maria Braga de Mello, a titular, e Nayara de Oliveira Maksoud Moraes, a suplente; alteração dos representantes titular e suplente da Federação Brasileira de Hospitais – FBH), Graccho Bogéa de Melo Alvim Neto, titular e Leonardo Gigliotte Barberes, suplente; alteração de titular e suplente pela Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados, de Capitalização e de Previdência Complementar Aberta (Federação Nacional de Saúde Suplementar - FenaSaúde), Bruno Sobral de Carvalho, titular, e Barbara de Landa Gonçalves Levy de Souza, suplente; por fim, a alteração de titular e suplente, pela entidade representativa do segmento da indústria farmacêutica (Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa - INTERFARMA), Renato Alencar Porto, titular, e Myrienne Gilsara Soares e Barbosa, suplente. Passando para os informes e apresentações, começando pelas Consultas Públicas nº 154, 155, 157 e 158, sob a responsabilidade da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Concedeu a palavra para a Sra. **Ana Cristina**, para fazer um breve informe sobre essas consultas públicas. A Sra. **Ana Cristina Marques** (Gerente-Geral de Regulação Assistencial - DIPRO) iniciou com a Consulta Pública nº 154, que foi realizada de 09/04/2025 a 28/04/2025, contou com o total de 1011 contribuições, tratou de dois medicamentos o Tildrakizumabe e Pirtobrutinibe, para tratamento de psoríase e linfoma. A próxima consulta pública nº 155, seu período de realização foi de 15/05/2025 a 03/06/2025, contou com o total de 1.367 contribuições e versou sobre dois medicamentos o Anifrolumabe e Selpercatinibe, para tratamento de lúpus e carcinoma medular de tireoide avançado. A terceira consulta pública mencionada, ocorreu entre 12/06/2025 e 03/07/2025, contou com 714 contribuições e debateu sobre quatro tecnologias, a primeira foi o NIPT que é um teste, não invasivo, para detecção de DNA fetal, os demais foram o medicamento Mepolizumabe, a radioterapia de intensidade modulada, e o medicamento Lenalidomida em combinação com Tafasitamabe. A quarta e última Consulta Pública foi a número 158 que aconteceu de 10/07/2025 a 29/07/2025, para duas tecnologias, teve o total de 9.931 contribuições, os medicamentos Fremanezumabe e Belimumabe, para enxaqueca e lúpus. Sra. **Ana Cristina** informou que as planilhas consolidadas das contribuições encontram-se disponíveis no portal da ANS por consulta pública e, também, no link da Cossaúde, apresentou, ainda, um quadro com as informações das consultas

públicas dos anos anteriores, começando pelo ano de 2022, que contou com 11 consultas, o ano de 2023 que, também, contou com 11 consultas, o ano de 2024, que teve 10 consultas, e, por fim, o ano de 2025, que contou com 9 consultas públicas até o momento, se colocou à disposição e finalizou a apresentação. A Dra. **Carla de Figueiredo** dando seguimento, passou para a consulta pública número 156 que tratou da proposta da Resolução Normativa, que altera a IN nº 53 de 2017 e regulamenta a visita técnico assistencial para identificação de anormalidades assistenciais nas operadoras de planos de assistência à saúde. Convidando o Sr. **Wilson Júnior** (Gerência de Direção Técnica – DIPRO) para fazer o informe. Ele discorreu que a consulta pública tratou da proposta de alteração da IN nº 53/17, esclarecendo que essa consulta é resultante da avaliação de resultado regulatório, referente à visita técnico assistencial, que foi aprovada pela diretoria colegiada da ANS, em 12 de maio de 2025. A consulta teve início em 22/05/2025, finalizou dia 06/07/2025, em conformidade com o prazo de 45 dias, e contou com 37 contribuições, das quais três não eram relacionadas ao escopo da consulta e foram invalidadas, diante disso, a consulta contou com 34 contribuições válidas, que foram apresentadas por dois tipos de contribuintes, uma operadora e três entidades representativas de operadoras. Ele ainda informou que o material da consulta está sendo consolidado para que o relatório seja elaborado e submetido à aprovação da diretoria colegiada, frisando que a documentação dessa consulta foi disponibilizada na página da ANS, agradeceu a atenção e finalizou sua apresentação. **Carla de Figueiredo Soares** agradeceu a apresentação e deu continuidade, passando para as apresentações das audiências públicas nº 55, 56 e 57, que coletaram contribuições acerca de recomendação preliminar de não incorporação para as UATs 152, 153, 154, 158, 159, 163 e 165. Convidando, novamente, **Ana Cristina Marques** (Gerente-Geral de Regulação assistencial), para seguir com a apresentação. **Ana Cristina** começou explicando que as audiências públicas são reguladas pela RN nº 555 e, no caso da nossa recomendação preliminar, seria uma recomendação desfavorável, então, iniciou com as informações sobre audiência pública nº 54, que foi realizada em 16/04/2025, teve um total de 36 participantes, a tecnologia em debate foi o uso dos medicamentos Tildrakizumabre e o Pirtobrutinibe para psoríase e linfoma. Prosseguindo com a apresentação tratou da audiência pública nº 55, que foi realizada em 21/05/2025, contou com 24 participantes e nela foram discutidas duas UATs (UAT 154 e UAT 159) e dois medicamentos. A audiência nº 56, realizada em 27/06/2025, com 15 participantes, abordou quatro tecnologias que foram as UATs 152, 153, 161 e UAT165. A audiência pública nº 57, foi realizada em 18/07/2025, tratou de duas tecnologias sobre o Fremanezumabe e Belimumabe (UAT 158 e UAT 163) e contou com 35 participantes. Complementou sua apresentação falando sobre o número de audiências públicas depois da mudança, alteração do rol, de acordo com cada ano, os números registrados foram 6 audiências em 2022, 11 em 2023, 7 em 2024 e até o momento, 6 audiências em 2025. **Ana Cristina** finalizou sua apresentação, **Carla de Figueiredo** agradeceu e deu continuidade à reunião chamando o responsável pela apresentação do próximo informe, que seria a consulta pública nº 144 e está sob a coordenação da DIDES. O Dr. **Maurício Nunes da Silva**, cumprimentou a todos, deu boas-vindas aos novos membros da CAMSS e convidou a Dra. **Ana Paula** para fazer uma breve apresentação sobre esta consulta. A Dra. **Ana Paula Silva Cavalcante** (Gerente da Gerência de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial - DIDES), comunicou que a consulta pública nº 144 foi realizada em 10/12/2024 e ficou aberta até 24/01/2025, com o objetivo de obter contribuições para o manual de boas práticas na atenção oncológica, enfatizou que essa discussão já tinha uma trajetória e que, mesmo assim, teve uma viralização inesperada de comentários, nas redes sociais, confundindo a proposta de certificação, com a cobertura mínima obrigatória estabelecida pelo rol da ANS. Relata ainda que foi registrada uma quantidade expressiva de requerimentos de informações sobre a proposta, questionando principalmente o rastreamento populacional para o câncer de mama, que era o tema principal dos questionamentos. Com esse crescimento exponencial a consulta pública chegou a ter 63.840 demandas recebidas, diante disso, afirmou que será publicado um relatório no portal da ANS, com o posicionamento para cada uma das contribuições recebidas e que esse relatório já foi aprovado na última colegiada. Salientou que se tentou mitigar a desinformação nas redes sociais, diferenciando proposta de consulta pública do que era rol de procedimento, e que vários programas de televisão como (Encontro, na TV Globo, Band News, A voz da Cerra, Correio brasiliense, Jornal Nacional), foram ao ar para esclarecer esse assunto, diversas postagens também foram elaboradas e publicadas nos canais oficiais da ANS, porém, essa contrainformação não surtiu efeito. Em seguida, enfatizou sobre o crescimento exponencial durante a semana final do período de recebimento das colaborações. Pontuou ainda que as entidades médicas foram convidadas a

participar de uma reunião online, que ocorreu no dia 30/01/2025, esta reunião contou com o Colégio Brasileiro de Radiologia- CBR; com a Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas-FEMA; com a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica-SBOC; com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia- Febrasgo; com a Sociedade Brasileira de Mastologia e com o Instituto Nacional do Câncer-INCA, quando, então, foi discutida e explicada a proposta da certificação. Nela também foi solicitado que os participantes encaminhassem propostas, pois ainda estava no processo de consulta pública. Ainda, dentro desse contexto, esclareceu que esse era um outro engano, pois aquilo não era uma proposta já aprovada pela ANS, que era uma proposta a ser submetida à sociedade para análise. Então, posteriormente, essas entidades enviaram contribuições para a ANS e foi realizada uma segunda rodada, no dia 24 de março de 2025, realizada de forma presencial, contou, também, com o CFM e com a Associação Médica Brasileira, ficando claro que a proposta de certificação era voltada para operadoras e, por isso, não havia sido incluído o rastreamento individualizado, que já ocorre nos consultórios. Foi observado, ainda, que seria importante acrescentar na proposta o rastreamento individualizado, além da busca ativa realizada pelas operadoras. Houve um consenso com todas essas entidades, nesse dia, e foi acordado a inclusão de alguns itens dentro do escopo da certificação. A operadora, para realizar a certificação, teria que fazer uma busca ativa (rastreamento populacional), de acordo com os moldes que preconizam a saúde coletiva, averiguando proativamente os beneficiários, prática esta que não é comum em nosso setor, mantendo a proposta do rastreamento individualizado entre 40 e 74 anos para o câncer de mama, conforme indicação médica, a periodicidade a critério médico, e, para enfatizar o nosso comprometimento, deixamos claro, no manual, que nenhuma operadora, certificada ou não, poderia negar a cobertura da mamografia, mediante solicitação médica, pois essa já é uma garantia prevista no rol de procedimento da ANS. O objetivo da certificação é induzir a melhoria da qualidade, a reorganização e o aprimoramento da prestação de serviço de atenção oncológica, nas cinco linhas de cuidados e, não apenas, no câncer de mama, na saúde suplementar, visando a adoção de boas práticas baseadas em evidências científicas, de forma a estimular maior resolutividade, sendo um Selo de Qualidade para as operadoras que cumprirem as boas práticas estabelecidas nesse manual. O programa é de adesão voluntária e a avaliação é feita por entidades acreditadoras independentes e imparciais, reconhecidas pelo Inmetro e depois homologadas pela ANS. Faz parte de um programa maior que é o programa de certificação e atenção à saúde, destacando que essa já é a terceira certificação, explicou que a primeira foi a certificação em APS, a segunda em parto adequado e a terceira em atenção oncológica. Dentro das cinco linhas de cuidado (Câncer de mama; Câncer de colo de útero; Câncer de próstata; Câncer de pulmão e Câncer colorretal), citadas anteriormente, a operadora pode optar por uma das seguintes combinações: Nível básico, Nível intermediário 1, Nível intermediário 2 e Nível pleno. As linhas de cuidado foram baseadas na incidência do câncer e mortalidade da população adulta. Essa atenção oncológica é voltada para adultos e cada um desses cânceres têm requisitos de organização, prevenção, estratégia de detecção precoce, rastreamento de diagnóstico precoce, tratamento, atenção domiciliar, cuidados paliativos e cuidado de fim de vida. Então, não se trata de protocolos clínicos e diretrizes, mas sim de uma linha de cuidado organizada. Pontuou que, para analisarem os dados das mais 60.000 demandas, desenvolveram três etapas, pois eram muitas demandas e não seria possível analisar caso a caso. Na primeira etapa houve um tratamento e análise dos dados, onde foi feita a primeira avaliação por uma cientista de dados, realizada pela GPIND, aqui **Ana Paula** aproveitou para agradecer a equipe da GPIND; na etapa 2, foi feita a revisão qualitativa da análise dos dados feita pela GPIND e desenvolvida pela GEEIQ; a terceira etapa avaliou o mérito das contribuições recebidas, realizada a partir dos dados já previamente tratados e revisados nas etapas 1 e 2. Foi feita a classificação da variável separando as contribuições em opinião (posicionamento opinativo genérico, concordância ou discordância, sem apresentar argumentos e justificativas) e contribuição (justificativa clara, estruturada, com argumentos justificativos, contributivos, sugestões ou informações). Com os dados analisados, após tirar as duplicações as 63.840 caíram para 63.478, nesse primeiro momento não houve avaliação de mérito, as opiniões foram observadas, porém, sob uma ótica diferente. Para a classificação, foi adotada uma estratégia baseada em processamento de linguagem natural – NLP, utilizando um modelo capaz de realizar busca semântica na base de dados, o modelo escolhido foi o BERT. **Ana Paula** enfatizou que o critério utilizado para a classificação foi bem sofisticado e que não seria possível ser realizado pela sua área. O resultado da classificação ficou da seguinte forma: 60.913 demandas foram consideradas como opinião e as 2.565 consideradas como contribuição, as 618 demandas restantes foram classificadas como

não se aplica por não possuírem texto coerente, concordo, discordo, e, nesse caso, foram retiradas. A maior parte do tema, 96%, foi sobre o câncer de mama. Se tratando das principais alterações que o texto recebeu destaca-se a melhoria na redação do texto, a correção do erro material e a elaboração de novos itens conforme as sugestões acatadas. De forma resumida, será informado como ficou a alteração geral. Para o câncer de mama: inclusão de rastreamentos individualizados em mulheres entre 40 e 74 anos, conforme indicação médica e decisão compartilhada; manutenção do rastreamento organizado com busca ativa de beneficiários, com idade entre 50 e 69 anos, a cada dois anos; aprimoramento para o item de rastreamento individualizado de beneficiárias com risco aumentado de qualquer idade para o câncer de mama, conforme indicação médica. Para o câncer de colo de útero: inclusão de novo rastreamento, um novo tipo, populacional para o câncer de colo de útero, segundo recomendações vigentes; exame molecular DNA-HPV Oncogênico, como rastreamento principal e o citológico como complementar, idade de 25 a 60 anos, quinquenalmente. Para o câncer de próstata: a inclusão de rastreamento individualizado conforme indicação médica e decisão compartilhada; inclusão de rastreamento individualizado para pessoas com alto risco conforme indicação médica e decisão compartilhada. Para o câncer de pulmão: manutenção do rastreamento para pacientes com alto risco para o câncer de pulmão, decisão compartilhada, em indivíduos com idade entre 50 e 80 anos, história de tabagismo com carga tabágica de 20 maços ou mais, por ano; indivíduos que atualmente fumam ou pararam de fumar nos últimos 15 anos e tomografia de baixa dose de radiação – TCBD. Para o câncer de cólon e reto: manutenção do rastreamento organizado de beneficiários com exame de sangue oculto nas fezes, com idade entre 50 e 75 anos; inclusão de rastreamento individualizado de indivíduos com risco habitual para o câncer colorretal, de 50 a 75 anos, com colonoscopia por indicação médica e decisão compartilhada; inclusão de rastreamento individualizado de indivíduos com risco aumentado para o câncer colorretal com colonoscopia com decisão compartilhada e indicação médica e exame de colonoscopia. Vale a pena enfatizar que foi acrescentado o requisito de atenção domiciliar, o estadiamento foi destacado, acrescentou-se também a pré-habilitação cirúrgica multiprofissional, a abordagem nutricional e novos indicadores assistenciais para os cânceres citados acima e para atenção domiciliar. Esclareceu que a inclusão de tecnologias, medicamentos, detalhamentos sobre tratamentos, a certificação de boas práticas na atenção oncológica na saúde suplementar, são contribuições que não foram acatadas na consulta pública, uma vez que esta não tem como propósito estabelecer diretrizes clínicas ou protocolos terapêuticos, e fogem do escopo do manual. Depois desse amplo processo e da discussão com grupos de especialistas, a proposta foi revisada e as sugestões, por meio da CP 144, foram incorporadas conforme os objetivos dessa certificação. O relatório da consulta pública foi aprovado na penúltima reunião da Diretoria Colegiada e está aguardando a aprovação final. A Sra. **Ana Paula** finalizou sua apresentação, agradeceu a todos que contribuíram e passou a palavra para o Dr. **Maurício Nunes da Silva**, que elogiou o trabalho feito na consulta pública 144, pela equipe, e registrou agradecimento formal para algumas entidades que ajudaram na construção da proposta. Agradeceu formalmente o Colégio Brasileiro de Radiologia, a Sociedade Brasileira de Mastologia, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia Obstetrícia, a FEMAMA, a Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio a Saúde da Mama, a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, a Sociedade Médica Brasileira, ao Conselho Federal de Medicina, ao Instituto Nacional do Câncer, na pessoa do seu diretor Roberto Gil e ao Ministério da Saúde. Encerrando, se colocou à disposição e devolveu a palavra a diretora **Carla de Figueiredo Soares**, que agradeceu ao Dr. **Maurício** à Sra. **Ana Paula**, e prosseguiu a reunião, passando para o próximo informe que foi sobre a agenda regulatória, acrescentou que, dada a relevância da matéria, o informe se tornou uma apresentação. Passou a fala para o Sr. **Silvio Ghelman** (Gerente de planejamento substituto – GEPLAN/ANS), discorrer sobre a agenda regulatória 2023/2025. **Silvio** comunicou que seria uma breve apresentação e que daria início falando sobre o monitoramento dos resultados da agenda atual e posteriormente falaria sobre o que será feito na próxima agenda, de 2026 a 2028. Em relação aos temas regulatórios, temos o tema da melhoria do relacionamento entre operadoras e beneficiários e, dentro dele, como subtema um, o aperfeiçoamento do funcionamento das centrais de atendimento das operadoras de planos de saúde, já finalizado, como subtema dois, temos o aprimoramento modelo de fiscalização que foi apresentado e está caminhando bem. Sobre a simplificação da situação do produto, o tempo foi iniciado. Ou seja, já se tem uma execução de 75% dessa agenda, 2022 a 2025, considerando então ter uma boa execução. Quanto ao mecanismo de regulação financeira, estamos no processo de participação social. O tema da proporcionalidade já foi encerrado. O tema de estímulo também estava

em participação social e foi encerrado. A proposta de integração da Saúde Suplementar com o SUS também foi encerrada. O tema de transparência está aguardando o avanço da política de preço e reajuste. O de autogestão foi apresentado na DICOL e se encontra em análise na procuradoria. A revisão técnica está em participação social. Portanto, tem-se uma visão de que os temas estão andando bem na agenda. Em relação as ARR (Avaliação do Resultado Regulatório) quase todas foram finalizadas e os Estudos Preliminares foram todos concluídos. Se tratando agora da agenda 2026 a 2028, informou que em julho de 2025, foi definida na reunião interna da ANS que a agenda seguirá, em termos de estrutura, a mesma que foi a da agenda 2022 a 2025, dado o avanço significativo que ocorreu na metodologia. Pretende-se ter uma ampla participação social, com isso, começaremos uma consulta interna na Agência com previsão de início para setembro, teremos uma tomada pública de subsídio iniciando em novembro e realizaremos uma audiência pública no fim de fevereiro, ou março, de 2026, pós carnaval. Tendo em vista que a mesma metodologia será mantida, informou que os temas que continuarem sendo considerados estratégicos para a agência e para a sociedade, que fiquem com assuntos inacabados, serão transferidos para a nova agenda com o intuito de garantir a continuidade. **Silvio** finalizou sua apresentação pontuando que a data da publicação da nova agenda, 2026 a 2028, será em abril. Dando continuidade às apresentações a **Dra. Carla de Figueiredo**, chamou para discorrer sobre o próximo item, que se trata de glosas no serviço de saúde, o Dr. **Graccho Alvin Neto** (Vice-presidente da Federação Brasileira de Hospitais). O Dr. **Graccho** desejou a todos uma boa tarde, se apresentou e informou que no momento está como secretário da Associação de Hospitais e Estabelecimentos de São Paulo, cumprimentou a todos e agradeceu a oportunidade em falar sobre este tema. Acrescentou que o tema foi sugerido por conta dos prejuízos aos prestadores e a qualidade assistencial. Logo, essas glosas médicas representam um dos principais desafios dos prestadores de serviço de saúde, se tratando principalmente dos pequenos ou médios. E isso é considerado o pagamento total ou parcial de procedimentos faturados nas operadoras de planos de saúde. Apesar dessas glosas serem legítimas, quando embasadas com critérios técnicos e normativos, o que se observa na prática é um crescimento de glosas indevidas e não justificadas. E isso, obviamente, impacta a sustentabilidade dos serviços de saúde. Muitas operadoras têm utilizado dessas glosas como instrumento de contenção de custos e aplicam cortes sem uma análise criteriosa, sem uma motivação adequada, às vezes, justificada por questões burocráticas, sem considerar também que esse serviço é um serviço que é efetivamente realizado e o prestador tem custo com esse atendimento. Portanto, isso fere princípios legais, contratuais, e coloca os prestadores em uma posição vulnerável, com prejuízos financeiros expressivos e uma insegurança institucional. No contexto das glosas no Brasil, temos dados que serão demonstrados aqui, com várias fontes, inicialmente temos os dados do Observatório da ANAP e da Bíblia da Saúde que é do BTG Pactual. Foi visto que o nível de glosa gerencial, que são os valores rejeitados em primeira fase, subiu de 1189/2023 para 1589/2024. O impacto financeiro disso, do total glosado, foi cerca de R\$ 4.72 bilhões de reais, esse valor não se trata somente dos pequenos e médios prestadores, porém, neles o impacto é maior, os menores são mais prejudicados por ter uma menor capacidade de suportar perdas financeiras recorrentes. Eles têm um custo alto com as equipes para fazer recuperação de glosa, pois precisam de equipes mais especializadas, tanto médica quanto jurídica, para contestação dessa glosa técnica ilegal, tendo um fluxo de caixa comprometido que afeta o pagamento de profissionais, fornecedores e, por muitas vezes, compromete a manutenção de insumos essenciais. Destaca-se também que o tempo e o recurso que estão sendo gastos para reverter essas glosas, poderiam estar sendo aplicados na assistência aos pacientes. Isto posto, um dos pontos a ser colocado é o desrespeito ao princípio da boa-fé contratual. Essa relação entre operadoras e prestadores, deve se pautar pela boa fé objetiva que é prevista no Código Civil Brasileiro. Essa prática sistemática de glosas, sem motivação, afronta esse princípio e torna essa relação assimétrica e prejudicial ao equilíbrio contratual. Os impactos nos prestadores, são financeiros, operacionais e sistêmicos. O financeiro compromete a receita mensal, aumenta os custos com recursos administrativos, limita os investimentos em estrutura, tecnologia e pessoal. O impacto operacional tem uma redução de capacidade de atendimento, um atraso na remuneração de profissionais, fornecedores e uma desmotivação das equipes de saúde. Já o sistêmico, tem um enfraquecimento da rede de atenção básica, ambulatorial e hospitalar. Há uma sobrecarga nos serviços públicos de saúde pelo aumento desses custos operacionais e saída de usuários da saúde suplementar, tendo uma diminuição de confiança nessa relação entre operadoras e prestadores. Essa prática está caminhando para uma dependência das operadoras com os grandes players, que possuem

uma estrutura mais robusta e contrato mais bem estruturado, tendo até uma discussão de glosa após o pagamento integral da fatura, o que os pequenos não têm, havendo então uma disparidade de poder. Esses pequenos e médios prestadores, pela estrutura limitada, têm grandes dificuldades de contestar glosa e lidar com processos burocráticos. E essa simetria, favorece práticas abusivas por parte de algumas operadoras que impõem glosas como mecanismos para postergar pagamentos sem observar a regulação setorial e o princípio da boa-fé entre os contratantes, esses tipos de glosas são os mais comuns. Notou-se também, como mais comuns, aquelas glosas administrativas indevidas, por falta de envio de documentação, que foi enviada, tendo inclusive o comprovante de envio e a operadora alega não ter recebido. Tem também a glosa técnica indevida, negativa de procedimentos com base em auditorias superficiais com, ou sem, embasamento clínico e técnico. Por vezes, essa decisão é tomada por quem não acompanhou o caso, ou por assistente sem conhecimento técnico. Tem a glosa por código ou tabela inadequada, com alterações de código TUSS, sem base contratual, onde a operadora recusa o código, mesmo ele estando de acordo com o previsto na tabela referenciada. Tem a glosa que é por erro de digitação de número de carteira, de contrato, ou troca de contrato dentro da mesma operadora, essa é uma glosa grave, destacando que, na maioria das vezes, mesmo essas glosas sendo ajustadas, são irreversíveis. Temos também a glosa por valor honorário reduzido, o pagamento é menor do que o previsto em contrato e não há justificativa para isso. Nela os honorários e as diárias hospitalares são reduzidas arbitrariamente, desrespeitando as regras de remuneração previstas em contratos. Tem a glosa por prazo de envio, mesmo com o prazo respeitado, com alegação de atraso na entrega da fatura, mesmo quando o prazo foi cumprido e há um protocolo de envio. A glosa de material e medicamentos utilizados, recusas de materiais usados sem procedimentos por alegada a não cobertura, mesmo quando previsto em contrato, comprometendo a parte econômica e a autonomia médica. As glosas sem justificativas, as contas glosadas sem qualquer explicação, que dificultam a contestação e prejudicam o fluxo financeiro do prestador. Vale lembrar que um dos pontos que foram observados, é que temos mais de 600 tipos de glosas, e isso precisa ser pensado de forma a sintetizar isso em menor número. Tem a glosa retroativa, que é a revisão de glosa de contas que já foram pagas há meses, ferindo o princípio da segurança jurídica e impactando o planejamento financeiro do prestador, sendo uma prática abusiva. Pontuou, que esse princípio não é adotado em favor do prestador do sistema de saúde, do serviço de saúde. Temos também a glosa de procedimentos autorizados, o que está autorizado tem que ser pago e isso é de acordo com o contrato. Então, aqui se tem a desconsideração de autorizações prévias válidas, e isso acontece bastante. Têm as glosas lineares, para manter o fluxo de caixa, com alegação de ausência de justificativa clínica, mesmo com toda a documentação apresentada, carregando interpretações arbitrárias e abusivas de normas de auditorias e manuais que, muitas vezes, não são de conhecimento do prestador, com exigências de informações adicionais não previstas em contratos para justificar essa glosa. Indagou que não pode falar só em glosa e esquecer a questão da inadimplência. Salientou que, além desse fantasma das glosas, têm também os frequentes atrasos de pagamentos e a inadimplência, deixando esse cenário ainda mais sombrio. Se referindo à inadimplência das operadoras, cabe destacar que aumentou, de 2023 a 2024, de 49.96% para 61.53% agravando ainda mais esse déficit do equilíbrio financeiro que a maioria dos prestadores atravessam. Falando do BTG, ou seja, da Bíblia da Saúde, ele corrobora dizendo que o setor encara um desafio com aumento de glosas e impactos nas margens operacionais, e fala da necessidade de aumento de eficiência e adoção de tecnologias para diminuir essas perdas de receita. Nos Estados Unidos, existe uma aplicação para otimização de ciclos de receita utilizando inteligência artificial, e elas fazem uma automatização e verificação de contas que antecipam e evitam as glosas com análises preditivas, melhorando a documentação clínica e administrativa para reduzir erros contestáveis e corrigíveis. Eles agilizam a contestação por meio de botes e sistemas inteligentes de negociação, aumentam a eficiência desse faturamento hospitalar e o recebimento de receita, reduzindo perdas financeiras significativas. Tem vários estudos que mostram que essa adoção da inteligência artificial também diminui o tempo médio de faturamento e eleva a taxa de recuperação das glosas injustas, melhorando esse fluxo de caixa dos hospitais. O grande problema que a gente encontra nos pequenos e médios prestadores é que isso exige um investimento considerável e que, nem sempre, existe esse recurso disponível para tal. Então, temos algumas propostas para o setor, tal como a necessidade de uma regulamentação mais rigorosa. Para os prestadores, estamos sugerindo a criação de câmaras técnicas, comissões de conciliação, um apoio institucional para auditoria independente de glosa e uma organização de fortalecimento de entidades representativas dos prestadores. Foi sugerido à ANS

que crie um mecanismo para fortalecer e minimizar esse problema, e foi dado como exemplo um portal único, para dar segmento, como já é utilizado. Já foi visto que tem o portal da Anvisa no programa de farmácia popular, que é pelo DataSUS ou, ainda, práticas comuns, como é implementada pelo Banco Central e as instituições bancárias utilizam essa mesma plataforma. Então, os mecanismos pensados para a ANS adotar e reduzir essa inadimplência dos planos de saúde, seria primeiro o fortalecimento de regras de prazos e penalidades, revisar e reduzir prazos máximos para pagamento dos prestadores, que hoje é em torno de 60 dias corridos. Aplicar multa automática em caso de atraso, sem necessidade de acionamento judicial pelo prestador, fazendo valer regras já prevista em contrato, e estabelecer pagamento de juros progressivos conforme o tempo de atraso. Garantias financeiras obrigatórias, ou seja, exigir que essas operadoras mantenham um fundo de reserva ou seguros de inadimplência, especificamente destinadas a honrar pagamentos aos prestadores. Ampliar os valores mínimos de garantias financeiras previstas na RN 451/20, a fim de adequar esse volume real das transações financeiras entre operadoras e prestadores de serviço e criar um fundo garantidor centralizado que poderia ser gerido pela ANS. Um outro ponto seria a transparência e o monitoramento em tempo real, com protocolização das faturas, status de auditoria, previsão de pagamento e determinar, também, uma publicação periódica de indicadores de glosas e inadimplência por operadoras, com ranking público, um mecanismo de compensação automática, ou seja, que pudesse determinar que disputa de valores e glosas por operadoras, conforme seu risco de inadimplência e condicionar a isso concessões de novos registros, comercialização de novos planos e, inclusive impedir a participação em licitação pública. Outra sugestão seria criar um selo de bom pagador para aquelas operadoras adimplentes, com critérios similares que o sistema financeiro classifica com os stakeholders, para avaliação de risco. Além disso, se pode pensar em incentivos econômicos, ou seja, prevendo uma redução temporária de taxas regulatórias ou benefícios operacionais para aquelas operadoras com histórico de 100% de pontualidade nos pagamentos e diferenciar positivamente essas operadoras em processos regulatórios. Adicionalmente, foi pensado no aprimoramento do fator de qualidade, ou seja, incluir a adimplência como um critério de fator de qualidade. Isso vai impactar a remuneração de hospitais pelas operadoras e vincular os reajustes contratuais a indicadores de desempenho no pagamento. Logo, conclui-se que essas glosas, quando utilizadas de forma abusiva, fragilizam os prestadores, comprometem o acesso à saúde com qualidade e desequilibram toda essa cadeia de serviço. Então, é fundamental que se promova esse equilíbrio nas relações entre operadora e prestador, garantindo uma segurança jurídica, remuneração justa e o cumprimento da função social do serviço de saúde. As glosas legítimas e bem fundamentadas, são mais que bem-vindas, mas sua aplicação indiscriminada compromete a viabilidade econômica dos serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada à população. É imprescindível equilibrar a relação entre operadoras e prestadores, garantindo respeito, transparência e responsabilidade mútua. Defender os prestadores é defender o próprio sistema de saúde suplementar. O Dr. **Graccho** enfatizou que tem as fontes do que foi apresentado e que já encaminhou o material para a ANS. Informou que no Rio de Janeiro já teve um encontro sobre glosas hospitalares e contou com uma presença maciça dos prestadores de serviço e das operadoras. Dentro desse contexto, há uma necessidade de estipular regras, criar métodos ou, talvez, até pedir contribuição a esses prestadores, fazer consultas públicas de maneira a evoluir nesse tema de glosas do serviço de saúde para que esse sistema de saúde suplementar se torne mais viável. Finalizou a fala agradecendo a todos a oportunidade de poder discorrer sobre as glosas no serviço de saúde. A Dra. **Carla de Figueiredo Soares** agradeceu ao Dr. **Graccho** e abriu oportunidade de fala. O Sr. **Marcos Paulo Novais** (Associação Brasileira de Planos de Saúde / Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo – Abramge/Sinamge) solicitou participação e iniciou sua fala cumprimentando a todos, agradeceu a oportunidade de mais essa reunião da CAMSS, a pauta, e os informes passados. Informou que o seu tema é sobre tecnologia e incorporação de tecnologia, ainda aproveitou para fazer um elogio ao trabalho que vem sendo conduzido pela Cosaúde, afirmando sobre a dificuldade em ter que buscar técnicos capazes de conhecer as tecnologias, que são muitas, específicas, para que consiga avaliar e saber, como implementar, se a incorporação tem uma boa razão técnica assistencial e econômica. Então, diante da dificuldade da ANS, ela vem fazendo um trabalho muito importante. Prosseguiu chamando todos os membros da CAMSS, que têm a possibilidade de fazer indicação para a Cosaúde, para que tenham, dentre eles, membros da CAMSS, com participação e contribuição técnica. Acrescentou que o que percebe nas reuniões da Cosaúde é que os participantes vêm trazendo discussões sem tecnicidade nenhuma ou, às vezes, têm uma discussão sem embasamento

ou uma discussão setorial, para dentro do fórum de saúde. Fez um reforço, também, sobre a importância de que se consiga ter um bom debate técnico, a agência está aberta a receber. Pontua que estão em um debate que vem evoluindo há muito tempo e acha que cada membro da CAMSS, e cada membro que está no Cosaúde também, tem que fazer jus ao nosso espaço e aproveitando ele ao máximo. Então, frisou que esse é um apelo. E o segundo, talvez o mais importante item, relatou uma preocupação muito grande em torno da aplicação da própria lei 14.307/2022, sobre itens que foram incorporados no SUS via CONITEC. E trouxe como exemplo uma incorporação que aconteceu em julho. Ela, provavelmente, deve passar por discussão no órgão regulador, na ANS, nos próximos dias ou ainda nesse mês, a incorporação é de um procedimento, de um implante hormonal, que já se encontra no rol para uma determinada situação, de pessoas que realmente estão em situação de rua e outros. E agora, é aqui o ponto que ele quis trazer, para todos, e compartilhar, é que foi feita uma nova avaliação no CONITEC e esse item específico, teve a sua incorporação aprovada num conceito de política pública bem tradicional. Uma negociação que reduziu o preço em relação à CMED em 84%. Apontou para o tamanho da variante de preço, que está ficando cada vez maior, e em relação ao preço CMED, que é aquilo que se cobra das operadoras, o valor que foi colocado é 84% menor, e está se aproximando ali da casa dos 100%. Além desse desconto de 84%, percebe-se que é política pública pura. Superou o número de mais demanda do que o implante disponível no SUS. Eles não serão realizados, ficarão para o ano seguinte. Informou que quer trazer esse debate para o fórum. E indagou: como é que a gente lida com essa situação em que você tem uma incorporação voltada para política pública de saúde? Continuando, afirmou que tratamos do mercado privado com uma cobertura estabelecida em contrato, em lei, em normas. Como é possível transgredir ou migrar, simplesmente, sem nenhum tipo de avaliação sobre conseguir separar o que é política pública, o que é tecnologia, para ser incorporada em prol de uma melhora de saúde daquelas pessoas, dos beneficiários de plano de saúde, na ponta. Se trata de um tema muito específico, que não é simples, mas é um apelo para termos espaço para debater esses casos em que se trata de política pública pura ou política pública bem tradicional. Trazendo isso aqui dentro de um âmbito de uma avaliação de tecnologia em saúde em torno de um procedimento, ou de um medicamento, que é para aprimorar ou para melhorar a saúde da população na ponta, que tanto precisa dela. A Dra. **Carla de Figueiredo** retomou a fala, agradeceu ao Sr. **Marcos**, pelas colocações a respeito da Cosaúde, e informou que estavam investindo em capacitação e grupos de discussão. Realçou que acredita ser amplamente pertinente tratar das questões de políticas públicas, tendo em vista que não são formadores de políticas públicas e sim o Ministério da Saúde, é formador de política pública. Lembrou que toda incorporação e recomendação positiva pela CONITEC, por força de lei, ela é incorporada ao ROL. E o prazo de 60 dias é apenas para fazer os ajustes e para que as operadoras possam se organizar para disponibilizar. Então, reafirma que têm, enquanto agência reguladora, espaço legal para discutir se incorpora, ou não, uma recomendação positiva pela CONITEC, mas, sim, é válido buscar um fórum de discussão junto ao Ministério da Saúde, junto à CONITEC, para que as avaliações de incorporação de tecnologia sejam feitas com olhar do sistema de saúde como um todo e não só um olhar só para a saúde pública ou só para a saúde suplementar, pois vivemos num País que tem um único sistema de saúde, com vias diversas de acesso. Então, acha que a discussão é válida e está falando não como na posição de presidente, mas na posição da diretoria de produtos, enquanto diretoria de normas e habilitação de produtos. Informa vão buscar ampliar essa discussão, não só com os membros da CAMSS, como também com a CONITEC, envolver CFM, AMB, envolver o próprio Ministério da Saúde, não só para a questão de implante subdérmico, mas para toda e qualquer incorporação, para que seja possível, ao olhar para o nosso sistema de saúde, buscar diminuir as iniquidades, as divergências. Afirmo que não podem ter uma saúde para uma população, que pode pagar, e uma saúde para uma população que não pode. Então, quanto mais se conseguir criar essa integração público-privado, melhor. Por fim, agradeceu as colocações, e seguiu afirmando achar que a preocupação do Sr. **Marcus** era pertinente e, enquanto agência, podem sim promover um amplo debate, uma ampla discussão para que se olhe para o sistema de saúde de uma forma universal. Então, estão anotadas as colocações. Antes de passar a palavra para os demais inscritos, disse que gostaria de voltar para o Dr. **Graccho**, que ele informou que já apresentou essa postulação para a ANS, pois percebeu que, ao final da fala, referiu vários pedidos, vários postulados. Então, seria importante receberem isso como um pedido formal para que seja avaliado e para se abra um processo e se dê continuidade às discussões, caso ainda não o tenha feito. O Dr. **Graccho**, em resposta ao questionamento de **Carla**, afirmou que já encaminhou o material para a Câmara de Saúde Suplementar, e

que iria encaminhar novamente como ofício, através da FBH. A Dra. **Carla** concordou com sua colocação e afirmou que seria interessante um ofício, com os pedidos da apresentação como anexo, elencando todos os pedidos para que possa dar andamento, ter um número de processo eletrônico para que possa dar continuidade nas discussões, envolver as outras diretorias, como a diretoria de normas e habilitação das operadoras, muito da parte econômico-financeira que envolve as glosas e muito das sugestões colocadas são pertinentes às competências daquela diretoria. Logo, é importante se possa compartilhar todos os pedidos com as demais diretorias. Finalizando a resposta e dando sequência à reunião, abriu espaço para colaboração. A Dra. **Maria Stella Gregori**, iniciou dizendo à **Carla** que gostou muito do que ela disse em relação à unificação e à igualdade substancial tanto do SUS, quanto da saúde suplementar. Mencionou que, recentemente, fez um estudo sobre um medicamento que é fornecido só via judicial, porque o CONITEC não aprovou ainda, e acha que é importante observar também o que o Poder Judiciário tem dado de medicamentos e trazer para as listas, porque as operadoras acabam sendo obrigadas a cobrir por medida judicial. Então, deve avaliar, também, o que está sendo decidido no poder judicial, porque, caso contrário, o consumidor, ou usuário do serviço público, sempre vai precisar do apoio do poder judiciário no que não consta na lista do CONITEC ou da ANS. Esclarece que pediu a palavra, não por isso, mas que queria apoiar o que o Dr. **Graccho** colocou anteriormente, porque ela foi diretora de hospital em São Paulo durante 8 anos, quando saiu da ANS, e se recorda que sofria muito, no que tange a essa questão da glosa. Logo, achou bastante importante as sugestões e informa que a Brasilcon apoia, para que isso entre realmente na discussão. Pontuou que, obviamente, a ANS não tem o poder de determinar que o prestador dite as regras em relação ao prestador de serviço, mas, acha que essas regras, de colocar nos contratos das operadoras um prazo menor, ou algumas regras, é bastante importante, no que se refere à questão da glosa. Relatou que se lembra que, quando foi diretora de hospital, se sentia sempre como uma defensora dos consumidores nessa relação com as operadoras e que na relação do hospital, sente a mesma coisa. Disse ainda que o prestador é muito vulnerável à luz das operadoras. E que, por muitas vezes, chamava as operadoras para tentar negociar, mas era um hospital de grande porte e as operadoras de grande porte, também. Então, entende que, na questão dos hospitais, dos prestadores de médio e pequeno porte, a situação é muito mais grave. Portanto, apoia integralmente, em nome da Brasilcon, o que o Dr. **Graccho** colocou. Finalizou dizendo que eram essas as suas considerações e agradeceu à Dra. **Carla**. Que seguiu, chamando o próximo convidado a contribuir. O Sr. **Luís Carlos Oliveira** (Força Sindical) cumprimentou a todos e informou que pediu a palavra também, porque se solidariza com essa questão que o Dr. **Graccho** apresentou, pois há três anos participou de uma reunião no Rio de Janeiro, justamente para discutir essa questão de glosa. E relatou que uma das respostas que ouviu da representação da ANS, foi justamente que ela não poderia regular e, com isso, não iria interferir na questão dos contratos. Pontuando que, mesmo tendo essa reunião, saiu de lá sem solução. Por isso, esse é um dos motivos que ele critica, a falta de regulação que, muitas vezes, tem deixado de ser feita pela ANS. Reafirmou que se solidariza, porque isso acaba atingindo o usuário dos planos de saúde e recordou a questão que trouxe na última reunião, que alguns hospitais estão receosos de não receberem o pagamento de um medicamento ou de um procedimento. Relata, como um exemplo, que há um tempo, foi com a filha ao médico, e que recebeu uma autorização, para que ele assinasse concordando que se, no caso do uso de algum tipo de medicamento, a operadora não pagasse, ele pagaria, transferindo a responsabilidade da operadora para o usuário. Destacou que o usuário, em uma emergência, não tem como negar uma autorização dessa e acaba saindo com uma dívida, de uma cirurgia, onde ele vai pagar medicamentos que, às vezes, são muito caros, podendo chegar uma conta na casa do usuário de mais de 20 ou 25 mil reais. Logo, isso precisa ser revisto, porque não é justo deixar um usuário, no momento de emergência, ser pressionado para poder dizer se concorda, ou não, sendo que ele, ou um parente, precisa passar por um procedimento. Expondo sua observação, solicitou que esses pontos fossem discutidos e que fossem levados, realmente, para um debate com a finalidade de encontrar uma solução, acrescentou, ainda, que um serviço de saúde suplementar é caro, que o pagamento da contratação de um plano de saúde não é barato no Brasil. E que a pessoa faz o sacrifício de conseguir pagar um plano de saúde mensalmente, mas no momento em que precisa utilizar, pode sair endividado de um procedimento feito. Agradeceu a oportunidade e finalizou sua contribuição. A Dra. **Carla** novamente abriu espaço para manifestação. A Dra. **Maria Stella** solicitou informação acerca dos estudos das novas regras, de revisão técnica, pois recebeu um documento informando que teriam umas reuniões e depois não recebeu mais nada referente a esse assunto. Em resposta a esse questionamento a

Dra. **Carla**, esclareceu que numa ação judicial o poder judiciário entendeu que precisávamos ampliar o debate sobre a política de preço e reajuste. Então, na penúltima colegiada, em cumprimento à decisão judicial, foi aprovada a continuidade da consulta pública, a abertura de uma nova consulta pública por 90 dias. Informou que a consulta já está no ar, e estará aberta por 90 dias, conforme a decisão judicial. Após esse período de consulta pública, voltarão com a análise dela e com o tema. A Dra. **Maria Stella** acrescentou que recebeu um e-mail para criar uns grupos técnicos. A Dra. **Carla**, explicou que esse e-mail foi para indicar representante para a câmara técnica, acerca do Sandbox regulatório, que estavam aguardando todas as indicações, para publicar a constituição da câmara técnica e marcar a primeira reunião para o debate. Informou que são dois temas, política de preço e reajuste, que está com a consulta pública aberta, e dentro da política de preço e reajuste, tem o tema mecanismo de regulação financeira, com venda online, que seguiu para a Câmara Técnica, que ainda não foi instaurada. Dra. **Carla**, indagou novamente se havia mais alguma contribuição, não havendo, prosseguiu sua fala, trazendo uma manifestação, lembrando que o querido amigo, colega, servidor, Dr. **Maurício Nunes**, encerrará o seu mandato no próximo mês e que essa era a última câmara de saúde suplementar dele, e se expressou dizendo que não poderia deixar de se manifestar apresentando a sua gratidão, a satisfação de conhecê-lo como colega, como servidor, e depois terem trabalhado juntos. Contou que eles trabalharam juntos em várias situações, recordando que ela foi chefe do Dr. **Maurício**, que ele também foi seu chefe, que ela foi sua adjunta e que ele foi seu adjunto, depois ele foi diretor. E continuou dizendo que acredita no espírito de serviço público dessa forma, sem vaidades, sem egos, em que a gente busca o bem comum, a gente busca a defesa do interesse público e que a gente consegue trabalhar em várias posições, porque um time, seja de vôlei, de basquete ou de futebol, enquanto time, ele consegue estar em várias as posições, guardados os seus talentos, e o técnico vai saber puxar o melhor talento daquele jogador, mas, enquanto time a gente consegue ir mudando de posições. Uma hora é levantador, outra hora corta, outra hora faz o saque. No caso do futebol, uma hora é o atacante, outra hora está na defesa. E, com isso deixou sua gratidão e sua satisfação de ter compartilhado todo esse tempo de trabalho com ele e reconheceu tudo que ele trouxe para esta colegiada, não só para ANS, mas enquanto diretor substituto interino, no período da pandemia, chamado por uma lista tríplice, veio cumpriu o seu papel de servidor público e se dedicou diuturnamente em plena pandemia, trabalhando sem hora para comer, sem hora para dormir, para que a gente pudesse enfrentar todo o momento que enfrentamos. E posteriormente, veio então como um diretor titular devidamente indicado, sabatinado e terminou sua fala dizendo que era essa mensagem que ela queria deixar. Abriu novamente a palavra para todos que quisessem se manifestar em despedida ao mandato do Dr. **Maurício** e não em despedida da ANS, ressaltando que ele ainda nos pertence. A Dra. **Eliane Aparecida de Castro Medeiros**, se manifestou dizendo que faz das palavras da Dra. **Carla** as dela, e que também queria fazer um registro muito especial e carinhoso, de público, depois de todos esses anos trabalhando ao lado do diretor **Maurício**, e que quantas vezes eles trocaram ideias, ele a orientou, ela também acentuou a preocupação dele com a regulação, com o desenvolvimento setorial e com tudo que diz respeito à agência, enfatizando que por várias vezes foi bater na porta da DIDES, para trocar ideia com ele e que sempre foi muito bem recebida, que ele a ajudava, auxiliava, tirava dúvidas e dava algumas orientações próprias do setor. Ressaltou, em tom de brincadeira, que no início chamava ele de professor, por ele ser uma biblioteca ambulante, por saber as normas de cor e salteado de toda a agência. Justificando que são muitos anos de ANS. Reitera, que durante todo esse tempo, foi super bem recebida e acolhida pelo seu colega e diretor **Maurício Nunes**. Pontuou que tem certeza de que o Dr. **Maurício** é uma fênix, que ele vai sair da diretoria da ANS, mas que ela acha, que depois que a gente passa pela gestão, isso nunca sai da gente, parece que enraíza, e o amor que a gente tem pelo trabalho, vai em qualquer lugar que a gente esteja. A Dra. **Eliane** citou a Dra. **Maria Stella**, como exemplo, dizendo que ela não a deixaria mentir, que a gente continua com esse amor, com esse carinho, querendo o melhor na regulação da saúde suplementar. E continuou dizendo ao Dr. **Maurício** que ele é prata da casa, e que a gente não vai perdê-lo nunca. Não importa aonde ele vá, ela diz ter certeza de que ele vai estar sempre com a ANS e com seus colegas servidores. Reforça que a despedida de hoje é só da CAMSS, que a gente ainda vai fazer uma despedida à altura do diretor **Maurício**. Deixou então, seu registro, o seu carinho, a sua admiração pelo profissional e o seu respeito. Agradecendo e finalizando. A Dra. **Maria Stella**, contribuiu dizendo que só queria dar um abraço no Dr. **Maurício**, desejar boa sorte, e parabenizá-lo, porque ela sabe que ele teve um empenho muito grande, no que ela parabenizou a ANS no início da reunião, na questão da integração das informações da ANS com o SUS,

desejou boa sorte a ele na sua nova caminhada e passou a palavra ao Sr. **Bruno Sobral**. O Sr. **Bruno Sobral** (Federação Nacional de Saúde Suplementar - FenaSaúde) parabenizou a todos pela reunião, disse que achou bastante produtiva, e que vai falar obviamente sobre o seu amigo **Maurício**, que conheceu em 2011, e teve o prazer e a honra de trabalharem juntos, elogiou dizendo que o Dr. **Maurício** é um servidor dedicado, focado nas questões técnicas, uma pessoa cordata, uma pessoa inteligente, bom de comunicação e que torce muito para que venham novos diretores com a qualidade e o compromisso que ele tem. Pontuou que essa despedida é um pouco de luto para todos nós que o perderemos em breve, mas não perderemos o amigo, não perderemos o técnico, não perderemos várias outras coisas, porém, perderemos um diretor que fez muito pela agência e fez muito pelo setor. Então, deixou seu abraço e continuou falando que o Dr. **Maurício** começou muito bem, escolhendo uma excelente adjunta e disse que é uma qualidade das boas lideranças escolherem as pessoas com quem trabalham. Finalizou deixando um abraço para todos, para a Dra. **Angélica**, e desejou toda a sorte do mundo e alegrias na vida do Dr. **Maurício**. A Dra. **Carla** perguntou se tinha mais alguém para contribuir e, não havendo, passou a palavra ao Dr. **Maurício**, que aproveitou para agradecer, se permitindo chamar, a Dra. **Carla**, de somente Carla, uma querida amiga, a Dra. **Eliane** também, somente Eliane, uma grande amiga. E agradeceu a todos os membros da CAMSS, reforçando o que a Dra. **Carla** havia colocado anteriormente, que ele assumiu como diretor de fiscalização substituto lá em 2000, no auge da pandemia da COVID-19, em um momento muito tenso, um momento de uma crise sanitária, a maior crise sanitária que a gente teve no último século. E que o trabalho conjunto com os membros dessa Câmara, foi fundamental. Lembrou que muitos estavam lá naquele momento e que faziam diversas reuniões extraordinárias, o que não é tão comum na CAMSS, mas que foi necessário para discutir a inclusão dos testes PCR, para discutir medidas para se direcionar atendimento naquele momento. Então, registrou seu agradecimento, o quanto aprendeu com todos, enfatizou que é um processo de aprendizagem contínua. Informou que está há 20 anos na agência e frisou que esses últimos cinco anos também foi um processo de muito aprendizado com o setor, disse que a agência regula um pedaço desse grande ecossistema que é a saúde suplementar, regulamos as operadoras, mas a gente tem uma relação muito próxima com os prestadores. Como exemplo, temos o Dr. **Graccho** trazendo uma série de pautas que envolvem os prestadores, os contratantes. Recordou que mais cedo viu a presença do Dr. **Manuel** do SESI, da indústria farmacêutica, de todos que atuam na saúde suplementar, os órgãos de defesa do consumidor, a Dra. **Maria Stella**, representando a entidade de defesa do consumidor. Então, salientou sua satisfação, que é muito grande. Explicou que é um setor em que a gente tem que lidar com conhecimento multidisciplinar, temas da saúde, temas do direito, temas da economia, enfim, diversos temas e isso é muito rico. Novamente, agradeceu por esses 5 anos e disse que também foi muito bem recebido, em todas as gestões que ele passou, que sempre teve um ambiente muito agradável de trabalhar. Reforçou que é um setor que tem problemas sensíveis e que sempre tentaram trabalhar para buscar o melhor para esse setor. Finalizou seus agradecimentos falando que ainda não é uma despedida, pois ainda tem uma ou duas colegiadas para participar e vai deixar para se despedir, formalmente dos seus colegas, somente na última colegiada. Contudo, na CAMSS é a sua última participação enquanto diretor, e diante disso, agradece publicamente as duas equipes maravilhosas, DIFIS e DIDES. Prosseguiu informando que muito do que se está fazendo, do que se fez e se faz de estruturante no setor, vem dessas equipes. Memorou que há pouco a **Ana** apresentava um projeto de certificação da atenção oncológica, que é um projeto fundamental no setor, no momento que a gente tem visto um aumento, incidência, prevalência de cânceres, portanto, ele é um projeto muito oportuno, desenvolvido por aquela equipe, entre outros projetos que são pensados por essa equipe. Acentua que nesses cinco 5 anos tentou ajudar, apoiar essas equipes e muito do que está sendo colocado é fruto do apoio, mas o trabalho e o mérito são dessas pessoas que estão ali trabalhando com muito afinco, muita qualidade. Por fim, agradeceu novamente, e se colocou à disposição no que puder ajudar, pois continuará na agência. **Carla de Figueiredo Soares** encerrou a reunião, desejando uma boa semana a todos, um abraço e falou para, ao longo do caminho desses meses, continuarmos tocando os projetos, conversando, para que na próxima reunião da Câmara possamos ter mais novidades e termos avançado em outros temas.

5. APROVAÇÃO

5.1. Registra-se que no dia 07/11/2025, a minuta desta Ata foi enviada, por e-mail, a todos os membros da CAMSS, ficando disponível para considerações e eventuais alterações até o dia 14/11/2025.

Considerando que não houve solicitações de alteração por parte de nenhum dos representantes, a Ata da 119ª Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar foi considerada tacitamente aprovada por todos os membros da CAMSS e, tendo em vista a dinâmica das reuniões via online, será assinada eletronicamente pelos diretores da ANS presentes na reunião. Após a assinatura eletrônica, o presente documento ficará disponível no portal da ANS (www.ans.gov.br), juntamente com a gravação da reunião.

5.2. Segue a presente Ata de Reunião assinada eletronicamente pelos participantes acima identificados.



Documento assinado eletronicamente por **Eliane Aparecida de Castro Medeiros, Diretor(a) de Fiscalização**, em 05/01/2026, às 11:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Carla de Figueiredo Soares, Diretor(a) de Gestão (Interino)**, em 05/01/2026, às 11:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **33375298** e o código CRC **CBF865E6**.