

ATA DE REUNIÃO
CÂMARA TÉCNICA DA REGULAMENTAÇÃO DOS ARTIGOS 30 E 31 DA LEI
9656/98
3ª SESSÃO – 09/09/2010

Ao nono dia do mês de setembro de dois mil e dez, se reuniram no Auditório Cinelândia do Décimo Terceiro Andar da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro, localizada à Av. Graça Aranha, nº 1 Centro, nesta cidade, representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar e de Instituições do setor de Saúde Suplementar e da Sociedade Civil para a 3ª Reunião da Câmara Técnica da Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, que teve como finalidade a apresentação e discussão das propostas e sugestões encaminhadas pelos mesmos no sentido de contribuir para a melhor decisão e construção da norma para regulamentar o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, a ser implantada no Mercado de Saúde Suplementar.

A sessão foi presidida pela Presidente da Câmara Técnica da Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, Sra. Carla de Figueiredo Soares. Para compor a mesa de trabalhos, foram convidados o Diretor da Diretoria de Produtos, Dr. Alfredo Cardoso, Carla de Figueiredo Soares (Gerente Geral da Gerência Geral de Estrutura e Operação dos Produtos) e pela Secretária da Câmara Técnica, Sra. Cristiane Julianelli Arruda (Especialista em Regulação responsável pela coordenação do grupo técnico da regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98). O grupo de discussão foi integrado por membros da ANS, entidades de defesa do consumidor, representantes de operadoras, dos trabalhadores e demais partes atuantes no setor.

A Presidente da Câmara Técnica, Sra. Carla Soares deu início à 3ª Reunião da Câmara Técnica, esclarecendo que na programação do encontro consta um espaço aberto para a apresentação da Abramge, mas o Dr. Sérgio Vieira confirmou que não vai utilizar o espaço e que as ponderações que ele tem a fazer serão feitas no momento do debate. Lembrou que será dada continuidade à proposta da última reunião, de trazer a esta um compilado do

que já foi discutido na primeira e segunda reunião, e pediu à Cristiane Arruda para fazer a apresentação do compilado e de alguns pontos de discussão que restaram e que merecem atenção para que seja finalizada a Câmara Técnica numa próxima reunião já com uma proposta mais consubstanciada.

Cristiane Arruda (ANS) disse que, primeiramente, apresentará as contribuições enviadas pela Unidas após a segunda reunião. Destacou que sobre o ponto da expressão *contribuição*, a Unidas entende que o significado dela é o pagamento da contraprestação pecuniária mensal e regular para custeio dos planos de saúde devida independente da utilização, e com relação à expressão *mesmas condições de cobertura assistencial*, a Unidas entende que o beneficiário demitido ou aposentado deve usufruir o benefício na mesma cobertura dos procedimentos médico-hospitalares que já usufruía antes da rescisão contratual, não abrangendo padrão de acomodação ou de rede. Com relação à aplicabilidade dos artigos 30 e 31 aos planos anteriores à Lei 9656/98, informou que a Unidas entende que não deve ser obrigatória a aplicação dos artigos 30 e 31 aos planos anteriores à Lei 9656/98, e no que tange às condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador quando o benefício é ofertado em planos separados para ativos e inativos, ela entende que deve ser mantida a permissão de separação dos planos e as formas de custeio devem ser oferecidas conforme a formação do preço do plano, se for em pré ou pós-pagamento. Já com relação ao aposentado que continua trabalhando na mesma empresa, ressaltou que a Unidas entende que fará jus ao benefício do artigo 31 quando o beneficiário se desligar da empresa empregadora. Com relação à contagem do tempo de contribuição se o empregador não permanecer com a mesma operadora ao longo do tempo, ela diz que embora isto não se aplique às entidades de autogestão, o tempo deve ser contado para o empregador e não para a operadora, o que significa que seriam somados os tempos de contribuição que o beneficiário teve na relação contratual da empregadora com as diversas operadoras. Acrescentou que sobre o pagamento das mensalidades dos demitidos ou aposentados nos planos em pós-pagamento, a Unidas diz que cabe ao empregado assumir o

pagamento integral do custeio na forma de rateio ou de custo operacional, seja ele demitido ou aposentado. Cristiane afirmou ser importante ressaltar neste ponto a Súmula 9 da ANS, que estabelece que a participação do beneficiário no custo operacional somente pode se dar na forma de fator moderador ou rateio, então, ela nunca seria integral, e, desta forma o beneficiário demitido ou aposentado nunca vai poder ter a sua forma de pagamento em custo operacional, mas apenas em rateio. Com relação à contratação no mercado de planos por empresas de autogestão que não desejam operar planos para inativos, a Unidas diz apenas que deve ser mantida a permissão, quando Cristiane ressaltou que a questão principal não é se deve ou não ser mantida a permissão, mas porque o § 4º do artigo 2º da Res. Consu 20 e 21, alterado pela Resolução Normativa 195, estabelece que a autogestão pode contratar uma operadora de mercado ou uma congênere para operar planos para os seus inativos, já que ela não quer operar, e a questão que se coloca é se na possibilidade de uma autogestão contratar planos de uma congênere, portanto, de uma outra autogestão para operar planos para os seus inativos, até que ponto isso não desvirtua o objeto da autogestão, que é operar planos para uma classe determinada de pessoas, uma categoria de beneficiários específica. Assinalou que, com relação à expressão *novo emprego para fins de extinção do benefício*, a Unidas considera que ela deve alcançar não só empregado em regime de CLT e o funcionalismo público, mas qualquer outra atividade laborativa remunerada, ou seja, autônomos, profissionais liberais, cooperados, sócios de pessoas jurídicas, e ressalta a dificuldade de tal controle, porque, normalmente o empregado que assume uma nova atividade remunerada não comunica isso ao seu antigo empregador para fins de extinção do benefício. Salientou que, com relação à garantia de comunicação do beneficiário no ato da rescisão, pela opção do benefício, a Unidas entende que essa responsabilidade cabe ao empregador e não à operadora no momento da demissão ou da aposentadoria e deve ser feita por meio de formulário específico. Informou que essas foram as contribuições recebidas até o momento, e que na análise das mesmas a Agência procurou levantar os pontos de consenso entre as contribuições das diversas entidades, sendo interessante

observar que há questões em que há maior consenso e outras que dependem de mais discussão. Pontuou que a primeira questão de grande consenso é da mudança de operadora, ou seja, como fica a contagem do tempo de contribuição para fins do disposto nos artigos 30 e 31 se o empregador não permanece com a mesma operadora ao longo do tempo. Identificou que nesta questão os representantes dos empregadores, o Procon de São Paulo, a Unimed do Brasil, a Fenasaúde e a Unidas, portanto, a maioria das entidades entendeu que deve ser somado o período de contribuição decorrente da contratação do empregador com mais de uma operadora. Quanto a quem deve comunicar ao beneficiário da opção pelo benefício no momento da rescisão contratual, a maioria das entidades entende que a responsabilidade deve ser do empregador, não da operadora. Já com relação a qual deve ser o benefício aplicado ao aposentado que continua trabalhando na mesma empresa, informou que há também um grande consenso de que deve ser garantido o benefício do artigo 31 e não do 30, já que ele não perde a condição de aposentado, sendo este o caso do aposentado que continua trabalhando na empresa e depois vem a ser demitido sem justa causa. Acrescentou que com relação à aplicação dos artigos 30 e 31 aos planos anteriores à Lei 9656/98, a maioria das entidades entende que são aplicáveis somente aos contratos adaptados à Lei 9656/98. Sobre as condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador quando o benefício é ofertado em planos separados para ativos e inativos, também há consenso de que essas condições devem ser diferenciadas daquelas verificadas no plano dos ativos. A respeito da expressão *novo emprego* para fins de extinção do benefício, assinalou que houve grande manifestação no sentido de que a expressão deva incluir *qualquer atividade laborativa remunerada de natureza autônoma, liberal ou empresarial*, ou seja, se o empregado vier a exercer tais atividades perderia o gozo do benefício dos artigos 30 e 31. Na questão da expressão *mesmas condições de cobertura assistencial*, afirmou que a opinião predominante foi de que o demitido ou aposentado, no gozo do benefício, deve usufruir apenas da mesma segmentação do plano, ou seja, mesmos procedimentos e cobertura que ele já gozava no momento da rescisão contratual. Com relação a como seria o

cálculo de pagamento da mensalidade em planos de pós-pagamento, lembrou que não há grande consenso, mas é possível afirmar que a Unimed do Brasil e Uniodonto dizem que há dificuldade para se definir uma contraprestação para o plano dos inativos quando o empregado concorre para o custeio da cobertura sob a forma de rateio, o que não permite manter o direito para esse tipo de relação contratual, ou seja, dá a entender que sob a forma de rateio o pagamento de inativo não poderia ser feito. Informou que a questão da “contribuição” não alcançou grande consenso entre as entidades, e quanto ao esclarecimento da expressão *contribuição*, as entidades defendem que o beneficiário deve estar contribuindo no momento da aposentadoria ou da demissão para que ela faça jus ao benefício, o que significa que se ele contribuiu por um período de tempo, mas naquele momento exato o empregador não está oferecendo o benefício, o tempo de contribuição anterior não seria considerado, de acordo com a opinião da Unimed do Brasil, Uniodonto e Abramge. Aduziu que outra questão que é colocada pela Abramge e pela Fenasaúde, é que essa contribuição não alcança qualquer pagamento realizado pela inclusão de dependentes ou para *up-grade* de plano. Cristiane considerou importante ressaltar, neste caso, a Súmula 8 da ANS, que estabelece que quando o beneficiário passa a pagar o valor fixo mensal, porque ele mudou de plano, essa quantia caracteriza contribuição para efeito dos artigos 30 e 31. Acrescentou que com relação à portabilidade de carência também não há grande consenso das entidades, sendo aqui considerada a portabilidade após o término do período de tempo do benefício, ou seja, após o período máximo de dois anos para o demitido sem justa causa, ou após o término do período de tempo do benefício para o aposentado, seriam colocadas condições de portabilidade de carências para esses ex-empregados, sendo que a Abramge e Fenasaúde defendem a não portabilidade dos inativos e o Procon de São Paulo e a Unimed do Brasil defendem que essa portabilidade deverá ocorrer também quando do cancelamento do plano coletivo, como já é sustentado pela Res. Consu 19, segundo a qual, quando a empresa desiste de oferecer o benefício do plano de saúde, ela rescinde o contrato com a operadora e, no caso, os empregados, ativos e inativos, vão para um plano

individual sem carências. Quanto à questão da contratação no mercado de planos para inativos por autogestão, já que a autogestão não deseja operar planos para inativos, disse que esta também não é uma questão de consenso, pois na realidade, representantes dos empregadores e a própria Unidas defendem que deve ser permitida, ao passo que o PROCON/SP defende que não deve ser, pelos motivos já expostos, pois a entidade não defende a contratação de planos só para inativos, conforme colocado na segunda reunião, porque o mesmo não foi estabelecido pela Lei 9656/98, uma vez que acentua a hipossuficiência dos consumidores, a concentração de idosos nas carteiras, reajustes onerosos, e que se isso fosse feito deveriam ser especificados mecanismos de controle da sinistralidade desses planos para evitar prejuízo aos consumidores. Comentou que outras questões que foram trazidas pelas entidades devem ser também esclarecidas no novo normativo, e que a Abrange e a Fenasaúde defendem que seja esclarecida a expressão *obrigatoriamente* prevista no § 2º do artigo 30, que diz que o benefício deve ser estendido obrigatoriamente a todo o grupo familiar do beneficiário titular inscrito na vigência do contrato de trabalho, ou seja, ambas as entidades defendem que deve ser obrigatória a manutenção no plano da totalidade dos membros do grupo familiar, assim, se o beneficiário quiser o benefício ele tem que levar todo o grupo familiar que estava com ele durante a vigência do contrato. Assinalou que outra questão que deve ser esclarecida, apresentada pela Unimed do Brasil e Uniodonto, é quando o empregado paga apenas as contraprestações de seus dependentes, ou seja, a parcela do plano do empregado é custeada integralmente pela empresa empregadora, entendendo estas entidades que não tem direito aos benefícios dos artigos 30 e 31 o beneficiário titular, porque ele não paga para si, mas para os seus dependentes, até porque o § 3º do artigo 30 da Lei 9656/98 assegura a permanência dos dependentes somente em caso de morte do titular. Disse que outra questão levantada pela Fenasaúde é que seja definido sobre a inclusão de novo cônjuge ou novo filho nos planos dos artigos 30 e 31, sendo defendido por esta entidade que ambos não podem ser incluídos no plano porque o § 3º do artigo 30 da Lei 9656/98 confere o direito de permanência no

benefício apenas aos dependentes já cobertos pelo plano. A Abramge coloca a questão de como se deveria proceder no plano dos inativos se houver modificação das características do plano principal, dos ativos, considerando que o benefício fosse ofertado em planos separados e a dependência e o caráter de acessoriedade do contrato de ativos com o de inativos, que é estabelecido pelas Resoluções do Consu 20 e 21, que coloca, inclusive, que a rescisão de contratos de ativos acarreta a rescisão dos inativos.

Carla Soares (ANS) deu início ao debate, quando o Sr. Sérgio Vieira (ABRAMGE) pontuou que quando a Cristiane se referiu à contribuição, disse que já existe uma súmula que define que contribuição é co-participação, como se este ponto já estivesse definido e não caberiam mais mudanças.

Cristiane Arruda (ANS) esclareceu comentando que a Súmula 8 diz que não é contribuição a co-participação e, também a parcela que o beneficiário, que antes não pagava nada, passa a pagar quando muda para um plano melhor, quando passa a pagar um valor fixo mensal o que a Súmula 8 reconhece que não é co-participação, mas contribuição para efeito dos artigos 30 e 31.

Sérgio Vieira (ABRAMGE) disse que teve a curiosidade de ler o material do Escritório Pinheiro Neto sobre jurisprudência e para a Abramge ficou claro que em não se tratando de risco de vida, as decisões jurídicas, que até citam os artigos, as normas da ANS e a legislação, são favoráveis aos réus quando o texto não é claro, dando margem a múltiplas interpretações. Comentou que muito se tem comentado sobre os artigos 30 e 31, a exemplo da revista Cobertura, especializada em saúde, que traz na capa uma matéria com uma pessoa comentando sobre isso, onde o que ela diz é diferente de tudo o que está sendo dito na reunião, de forma que as desinformações são incontroláveis.

Alfredo Cardoso (ANS) comentou que é por isso que se trata de uma câmara técnica e tanto o assunto é polêmico e o texto da lei, dúbio, que se abriu a câmara para regulamentar isso e parte da regulamentação é tornar isso mais claro.

Sérgio Vieira (ABRAMGE) completou dizendo que é por isso que estão todos otimistas, mais sinérgicos, as propostas estão aí e é natural que existam pensamentos diferentes, como o do Procon de São Paulo, no sentido de aproveitar a oportunidade e criar uma sinergia nessa divergência, porque é preciso que seja discutido por todos, pois pode o STF fazer uma súmula a respeito para não haver mais dúvidas. Aduziu que está invocando essa reflexão porque tem conversado e participado com os consumidores e percebe-se que tecnicamente eles precisam buscar informações parciais para que no futuro isso seja viável, porque hoje, com toda a clareza, o que se observa é como o depoimento da CNI na última reunião, segundo o qual o país tem um potencial de 22 milhões de beneficiários entre trabalhadores e empregados da indústria e apenas oito milhões têm o benefício. Colocou ainda que na opinião do representante da entidade, esse artigo dificulta muito a ampliação do benefício, de tal forma que precisa ser muito bem pensada uma lei que vem para normatizar adequadamente a atividade, uma vez que alguns pontos estão controversos, portanto, é preciso buscar um entendimento para equacionar isso, principalmente com relação à sustentabilidade. Acrescentou que o objetivo da reunião é deixar tudo claro, porque as decisões jurídicas estão sendo um bom espelho.

Alfredo Cardoso (ANS) considerou que está bastante claro que o objetivo é regulamentar os artigos da lei, não discuti-los, porque este não é o fórum, já que a Agência não tem nem credencial nem competência para alterar artigo legal, felizmente, e o que lhe cabe é regulamentar, que significa não adicionar nenhuma exigência, mas também não retirar nenhuma existência do texto legal. Salientou, sobre a questão da sustentabilidade, do crescimento, que a Constituição, a legislação e o ordenamento da saúde no Brasil é

estatizante, o que é uma outra discussão, entretanto, o que se tem é um artigo e diante dele a obrigação de regulamentá-lo da forma mais clara dentro do que estabelece a Lei, e de uma forma compreensível para todos os atores do setor, especialmente para o consumidor. Comentou que gostou da intervenção do Sr. Sérgio Vieira e disse que concorda com ela, porque acha o assunto muito confuso e, de forma geral, considera que há mais consensos do que dissensos, o que para ele é um bom começo.

Lais Perazo (CNC) disse que fará algumas colocações sobre pontos que foram levantados pela Cristiane e assinalou que suas opiniões não podem ser consideradas como posição do grupo dos empregadores. Destacou que o primeiro ponto, sobre a contagem do tempo de contribuição antes do advento da Lei, que não viu essa questão levantada, não tendo sido abordado e é um ponto controverso que deve ser tratado também. Colocou que sobre a questão do aposentado que continua trabalhando, entendeu que houve consenso e que se ele continuar trabalhando na mesma empresa fica mantido o que prevê o artigo 31, no caso de demissão. Ressaltou que sua entidade concorda com isso e que este é consenso quase geral, entretanto, a questão de quando o beneficiário muda de empresa não foi abordada.

Carla Soares (ANS) disse que esta questão não foi abordada porque a própria Lei é muito clara em estabelecer que quando ele muda de empresa, no novo emprego ele perde o direito, então, começa a contagem de novo, portanto, ele perde o direito de permanecer no plano como aposentado, segundo o artigo 31.

Lais Perazo (CNC) sugeriu que talvez fosse bom reforçar esse conceito na regulamentação para não dar margem para interpretação diferente do Judiciário. Disse ainda que há uma preocupação com relação ao plano de pós-pagamento, porque ela não acredita que o pós-pagamento, uma vez separada a massa de ativos e inativos e o plano de inativos tenha massa crítica suficiente para fazer a sua diluição de risco, poderia ser uma boa saída, e a

preocupação é com relação à viabilidade prática e operacional, no dia-a-dia, do plano de pós-pagamento para uma massa de inativos que está sendo, provavelmente, tarifada por faixa etária, etc., ou teria que fazer essa cobrança de uma forma que não fosse seletiva, que evitasse subsídios cruzados, que não se sustentam no longo prazo.

Luiz Celso (FENASAÚDE) indagou como fica num plano de pós-pagamento quando se trata de planos separados, pois quando se trata de mesmo plano o modelo tem que ser único, mas quando se trata de plano separado, o plano de ativo pós sugere se há ou não massa crítica, para não contrariar a própria súmula quanto à assunção do custo integral. Acrescentou que mesmo com relação ao rateio, se não tem massa crítica haverá dificuldade de operacionalizar e acabará sendo o pagamento integral, até porque ele viveu isso na Sul América, de um plano pós-pagamento, custo operacional para ativos, e foi contratado em separado um plano em pré-pagamento, um seguro, com faixa etária, tudo certo, mas o problema é que como não havia uma resolução prevendo claramente essa situação, apenas aquela previsão da Res. Consu da média de contribuição houve judicialização de milhares de processos, as pessoas reclamaram que não havia nenhum tipo de elo entre o preço pré-pagamento e o pós. Ele acha que, inclusive, que deva ser pré-pagamento, mas precisa haver uma previsão normativa.

Lais Perazo (CNC) retomou dizendo que havia falado que sua entidade não tinha experiência com pós-pagamento para inativos, mas tem sim, apenas não tem experiência de pós-pagamento com inativos sem subsídio cruzado, que é um plano que mistura ativos com inativos e a empresa cobra dos aposentados conforme o regulamento do plano. Disse sobre a questão do retorno à atividade, o novo emprego, que também houve consenso, mas acha que deve ser contemplada a responsabilidade do usuário na comunicação do fato, porque há uma grande dificuldade das empresas em obter essa informação dos usuários. Acentuou que é óbvio que a resolução não vai mudar o comportamento, mas ela o reforça. Com relação à contribuição para

dependentes ou *up-grade*, considerou que não foi um ponto abordado pela sua apresentação e gostaria de reforçar que o entendimento de sua entidade é semelhante aos das operadoras e da Abramge, de que a contribuição de dependentes não deve ser considerada contribuição para fins dos artigos 30 e 31, e gostaria que a Súmula 8 fosse revista, pois desde o começo sua entidade se posicionou contra o entendimento da súmula, posto que a Lei, na MP anterior excluía o *up-grade*, e por motivos diversos aquela MP não virou lei. Assinalou que a questão da obrigatoriedade do grupo familiar também não é um ponto que sua entidade abordou, mas gostaria de reforçar que ela não concorda por entender que a inclusão de familiares é um direito para o usuário do plano e não um dever. Disse que é importante que a resolução defina inclusão de novos dependentes, se eles podem ou não ser incluídos, uma vez que a Lei diz que é para carregar só aquele grupo familiar que já estava lá. Por fim, salientou que, talvez o ponto mais polêmico, a separação do plano de ativos e inativos, que deverá ser, talvez o ponto mais difícil de ser abordado na resolução, precise ser reforçado, no sentido de que para o empregador é importante que o plano de inativos seja viável e sustentável no longo prazo e qualquer subsídio do empregador transformaria esse direito em inócuo, porque realmente o empregador não tem condições de assumir esse subsídio e o impacto no custo presente da empresa e no balanço, de forma que isso é inviável para o empregado, então, é importante reforçar que a separação dos planos é bem-vinda.

Alfredo Cardoso (ANS) comentou que não se pode obrigar o empregador a nada, pois a Agência só regula a operadora. Aduziu que foi garantido dentro do sistema, pela lei que o regulamentou, um direito, mas como estabelecer o direito, como garantir a fonte de custeio é a grande discussão, mas de qualquer forma, não está no escopo da discussão impor obrigações ao empregador. Anunciou que falarão o Egberto, depois a Iolanda e o Luiz Celso.

Carla Soares (ANS) colocou que deve ficar claro que essa discussão tem que seguir pontualmente as regras de registro de produtos como estão postas hoje, então, a questão do *up-grade*, para direcionar a discussão e o pensamento de todos, caracteriza a contratação de um novo plano, pois não existe mais o *up-grade* dentro do mesmo plano, então, é preciso pensar que se vai mudar de acomodação, então, será um outro plano, sob outro registro, portanto, está sendo seguida a discussão dos artigos 30 e 31, mas respeitando-se o registro de produtos, e nesse sentido a Súmula 8, quando diz que contribuição referente ao *up-grade* vale para os artigos 30 e 31, é preciso ver que não é o *up-grade*, mas o beneficiário ao mudar de plano, de um com acomodação enfermaria para um com acomodação individual, aí ele passa a contribuir por causa dessa mudança de plano, isso é uma contribuição porque tem um preço fixo em cima.

Egberto Miranda (UNIMED DO BRASIL E UNIODONTO) manifestou preocupação em relação aos planos em pós-pagamento, e entende que deve ser contratado outro plano para os inativos, em pré-pagamento, desde que haja a caracterização de "contribuição". Quanto à participação para mudança de acomodação, como já dito, trata-se de outro plano, assim, o empregado contribuiria para esse plano, logo, terá direito aos benefícios dos artigos 30 e 31 da lei. Com relação ao pós-pagamento, também existem dois planos distintos: custo operacional e rateio, que são dois planos independentes, e no entendimento das cooperativas só haveria direito, em princípio, ao plano com característica de rateio, porque há uma contribuição constante, mensal e independentemente do uso, enquanto que, já no custo operacional não seria assim, mas parece existir no mercado a contribuição não à operadora, mas à empresa empregadora, e dessa forma poderia se caracterizar a contribuição, mas sem viabilidade de manutenção de plano em custo operacional, eis que o inativo não poderá assumir o risco de pagamento dos procedimentos que utilizar, situação vedada pela DIPRO, portanto, seria preciso definir a contratação de um plano em pré-pagamento – com mensalidade aferida por cálculo atuarial – para inclusão dos inativos, não sendo possível manter o valor

que o empregado pagava à empresa empregadora. Resumiu, então, sua preocupação, a de a regulamentação definir um plano em pré-pagamento com cálculo atuarial que tenha um valor predeterminado para suportar o risco. Sobre a inclusão de novos dependentes que nascerem no gozo do benefício, disse que talvez, deva ser adotada a disposição do Código Civil, com proteção ao nascituro, mediante um prazo definido, mas sem permitir a inclusão de dependente que tinha a possibilidade de ser inscrito anteriormente e não o foi.

Carla Soares (ANS) explicou que ele perde a condição de aposentado, mas enquanto empregado ele começa uma contagem para o artigo 30 se for demitido ou se for uma outra aposentadoria, então, tem uma nova contagem no segundo emprego.

Egberto Miranda (UNIMED DO BRASIL E UNIODONTO) sintetizou que a questão mais preocupante é plano com modalidade de custo operacional, quando não há conhecimento da operadora a respeito da participação do empregado no custo da assistência. Deve caber à empresa empregadora a responsabilidade de esclarecer os direitos de seus empregados.

Alfredo Cardoso (ANS) pontuou que não tem nada resolvido ainda, as ideias estão só sendo discutidas.

Iolanda Ramos (UNIDAS) retomou a questão do pós-pagamento para inativos observando que a Dra. Lais falou muito bem da questão da sustentabilidade a médio e longo prazo, mas o pós-pagamento é um assunto muito comum nas autogestões, principalmente, para aquelas sem patrocinador, e que a legislação diz que o inativo vai assumir a parte do empregador e a parte dele, mas quando é um pós-pagamento, ele acaba levando esta mesma condição, entretanto, já se sabe que o inativo é mais caro e a preocupação da sustentabilidade a médio e longo prazo vem justamente por isso, porque ao se separar um conjunto de inativos acaba-se tendo um pouco do subsídio cruzado porque o ex-empregado leva os seus filhos, os aposentados podem levar até os seus netos, porque é até o terceiro grau de

parentesco, acaba-se tento o subsídio cruzado, mas numa intensidade muito menor. Reforçou que ele é um plano mais caro, então, o que o Egberto colocou, que é necessário um cálculo atuarial para se definir qual será a contribuição num caso de um pré-pagamento, o fato de ser um plano mais caro tem que ser colocado de maneira muito clara, não adianta dizer que tem um lado social, porque tem mesmo, mas está se falando de sustentabilidade de custeio, então, ele é viável, é o modelo que se tem na autogestão, mas com certeza será um plano mais caro.

Luiz Celso (FENASAÚDE) pontuou que na mudança de operadora a Fenasaúde também está incluída entre as entidades que entendem que vale a contribuição para o empregador. Disse que seria interessante reforçar que vale a contribuição para planos adaptados, não devendo entrar no cômputo do tempo a eventual contribuição para planos antigos. Comentou que a questão da mesma empresa já ficou esclarecida, de que na nova empresa recomeça a contagem, com o que a Fenasaúde concorda plenamente, e que sobre a questão dos planos separados é interessante reforçar que podem haver condições de faixa etária, de preço, prevalecendo a questão da cobertura, reforçando também o caráter facultativo disso, para que as empresas, operadoras e empregadores possam optar pelo modelo que querem, se querem plano separado ou junto, não colocar como modelo obrigatório, até porque a Lei não autoriza à ANS estabelecer se tem que ser junto ou separado. Disse sobre o pós-pagamento que a Fenasaúde corrobora com o Egberto de que em planos separados a dificuldade é manter o pós-pagamento para os inativos, seja por rateio ou por custo operacional, e mais grave ainda é no custo operacional, e que, talvez, o modelo que a Agência terá que fazer é este, o que não pode ficar é um normativo que contemple apenas a questão de rateio. Salientou que o mais importante é abolir a questão da integralidade ser parte do empregador, parte do empregado, porque isso não está na lei e talvez seja a fonte da grande confusão. A integralidade não necessariamente é parte do empregador e parte do empregado, porque pode haver subsídio que não reflita exatamente a questão do custo e do risco daquela massa, e para buscar

a questão da sustentabilidade, esse conceito precisa ser revisto, construindo formas para se preservar a sustentabilidade, mas também não onerar demais o empregado. Ressaltou que a Fenasaúde também sentiu falta de outras questões que não foram abordadas, primeiramente a da responsabilidade pela cobrança. Disse que a RN 195 abriu a possibilidade de as operadoras cobrarem diretamente, mesmo no plano empresarial, dos demitidos e aposentados, mas a Fenasaúde entende que isso é uma faculdade, não uma obrigação, podendo haver acordo entre as partes para que a cobrança seja feita pelo empregador e que isso não seja uma ilegalidade. Observou que também faltou que seja trazida para o normativo a questão da Res. Consu 19, que regula a continuidade da assistência, deixando claro em que situações ela deve prevalecer, posto que se observam certas interpretações de aplicação da Res. Consu 19 quando na verdade simplesmente a empresa mudou de operadora e, então, deve levar aquela massa, mas, talvez, seja a oportunidade de trazer o conceito da Res. Consu 19 para um normativo único sobre o tema, deixando claro em que situações deve prevalecer a continuidade da assistência. Lembrou ainda que, por fim, deve ser deixado claro no normativo sobre a questão da aposentadoria especial, se incide o artigo 31 para esta modalidade de aposentadoria, porque a lei fala de aposentado, mas, por outro lado, para usufruir o benefício que haja o desligamento da empresa, a quebra do vínculo, entretanto, na aposentadoria especial não há o desligamento, então, a questão é se o aposentado especial está sujeito ao artigo 31, não porque ele continuou como empregado, mas pode o empregador suspender a assistência por disposição contratual, sendo este mais um ponto que deve ficar claro no normativo, uma vez que gera discussões tanto na ANS como no Judiciário. Salientou também que a Fenasaúde discorda da questão do *up-grade*, mas tendo ciência de que o *up-grade* é um novo produto, só que é importante que ele se insira num contexto maior que é uma política de benefício do empregador, tem uma natureza diversa de contribuição, de prêmio. Exemplificou com o caso de uma empresa que queira oferecer um plano contributivo, em que todos vão pagar X per capita, o que é uma realidade, ou, ainda, em outra situação em que o empregador diz não, a regra é que no

plano não contributivo não há contribuição, portanto, não há direito ao 30 e 31, mas aqueles que pagarem um percentual X, que é diferente de contribuição, é uma política de benefício, um acesso e cobertura maior. Para ele, isso também gera uma certa distorção e precisa ser esclarecido. Esclareceu que na política de benefício a empresa estabelece que para ter acesso a uma cobertura maior vai se pagar um X, mas a grande massa não pagará, não terá direito, o que parece uma certa desigualdade e é uma situação que precisa de reflexão.

Lais Perazo (CNC) disse que não concorda com posição do Luis Celso na questão burocrática, porque existe uma regra de definição de plano e outra de cadastro, e por isso considerou-se o *up-grade* como contribuição, para responder a uma questão burocrática. Considerou que não necessariamente aquele *up-grade* paga a diferença de padrão, e a empresa para proporcionar ao empregado uma acomodação melhor, recolhe um determinado valor, e por causa disso essas pessoas estão tendo dentro da empresa uma condição diferente, e não era esse o objetivo da empresa, então, para ela, isso está desincentivando as empresas que tinham uma política de oferecer um padrão melhor de benefício. Aduziu por isso que a empresa hoje se vê obrigada aos artigos 30 e 31, porque em seu entender quando se diz que o *up-grade* é considerado contribuição fixa desincentiva-se a prática das empresas oferecerem um padrão de plano maior através desse compartilhamento de custos. Ela disse que entende do ponto de vista burocrático, mas do ponto de vista do mercado fica difícil.

Carla Soares (ANS) ressaltou que não diria que o ponto de vista é apenas burocrático, mas o ponto de vista é do mercado, porque da perspectiva do órgão regulador, enxerga-se o mercado como um todo, com todos os atores, e não é possível enxergar só do lado do empregador que quer dar um benefício à margem de toda a regulação de plano, de registro, de operadora, das regras que a operadora há que cumprir junto ao órgão regulador. Reforçou que realmente é um benefício, mas isso precisa ficar harmônico, e não se vai

atingir o ótimo, será preciso fazer concessões de todos os lados. Reiterou que hoje a figura do *up-grade* num mercado regulado não existe.

Alfredo Cardoso (ANS) colocou que a regulação é feita em cima do produto e que entende a não possibilidade de o empregado adequar o benefício à sua expectativa de emprego, e o problema é como adequar isso a uma regra que diz que se o indivíduo contribuir fixamente ele tem o direito.

Fábio Bitter (FENASAÚDE) ponderou que a questão é que a contribuição é algo que as operadoras não têm qualquer ingerência, pois faz parte da relação empregado-empregador e está previsto na RN 195 um modelo de contratação onde a integralidade da contribuição pecuniária é paga pela empresa à operadora, então, o fato do beneficiário final ser contribuinte ou não faz parte de uma política de benefício definida pela empresa. Destacou que não faz parte das regras do produto atual o fato do beneficiário ser contribuinte ou não para com a empresa que está contratando o produto em seu nome. Conforme ele, a questão da contribuição tem a ver com a participação do funcionário na viabilização do produto, e no caso da empresa que patrocina integralmente o plano básico e oferece essa possibilidade ao usuário sem qualquer tipo de custeio, e há instrumentos de como explicitar esse benefício quer seja através de acordo sindical, atas da alta administração da empresa, sendo que há instrumentos para formalizar essa política de benefício. Para ele, o caso do *up-grade* está no espírito do legislador a empresa estar patrocinando integralmente o benefício ao seu funcionário, cabendo apenas a ele a possibilidade de fazer *up-grade* e melhorar o seu acesso à cobertura, à assistência, à rede ou padrão de acomodação. Comentou que são produtos diferentes, mas quem a faz a regra de contribuição é a política de benefício da empresa.

Luiz Celso (FENASAÚDE) acrescentou que a Fenasaúde corrobora com o entendimento de que o requisito da contribuição é fundamental para ser apurado no momento do desligamento.

Franklin Júnior (ABRAMGE) sugeriu que seja discutido o benefício cruzado, de quem é a responsabilidade do risco do aumento da faixa etária do aposentado, e tudo o que está sendo discutido é que se o empresário estipulante passa a ter a obrigação de financiar esse benefício através do contrato da sua empresa, toda a discussão sobre o *up-grade* passa a ter importância, e se o que está se pensando é que ele não será penalizado com esse benefício e se for encontrada uma forma de gerar algum tipo de valor para o aposentado sem que ele seja penalizado, será possível discutir o tema com mais tranquilidade. Pontuou que a vantagem de uma contratação coletiva é a admissão de risco e sugeriu que seja definido claramente de quem é a responsabilidade pelo risco da mudança da faixa etária média da empresa, porque é isso que vai acontecer no momento em que os aposentados ficarem juntos à empresa, porque a faixa etária tende a aumentar e a empresa vai ter que dar o subsídio cruzado mesmo, porque o custo vai aumentar. Acrescentou que, assim, os empregadores vão acabar não permitindo que os contratos tenham qualquer tipo de risco para ele.

Alfredo Cardoso (ANS) argüiu que a Agência não tem credencial e competência para determinar obrigações para entidades contratantes e que pelo que ele entende, a lei estabelece um direito para que demitidos e aposentados tenham o direito de permanecer num pool de risco que lhes dá o benefício de um custo menor do que um plano individual e é isso que está sendo discutido, portanto, a forma como financiar é outra coisa, porque haverá empregadores que subsidiarão, outros serão forçados a subsidiar e outros mais não subsidiarão. Acrescentou que o objetivo é criar alguma coisa que possibilite a esse grupo de aposentados e demitidos terem sustentabilidade, viabilidade econômica desse produto em relação à outra opção que tem no mercado, que é o produto individual. Destacou que não se pode obrigar o empregador, além dos impostos que ele paga, a subsidiar, pois, então, ele não vai mais contratar planos de saúde ou vai oferecer um muito básico.

Franklin Júnior (ABRAMGE) colocou que se a cobrança for feita por faixa etária para o aposentado, porque existe um cálculo atuarial que mostra o risco de cada um, já que o aposentado representa um risco maior para a empresa, um risco que será acoplado às empresas, assim os empresários vão tentar fugir desse risco. Indagou o que, então, é possível fazer para dar ao empresário até o direito de subsidiar, direito que já tem, porque há empresas que subsidiam planos para aposentados, entretanto, o problema é a obrigação desse subsídio e, talvez, se deva discutir a possibilidade de trazer a esse aposentado a vantagem da escala.

Alfredo Cardoso (ANS) aduziu que há vantagem da escala, sim, mas a obrigação do empresário subsidiar é uma coisa diferente. Esclareceu que não há jeito melhor de diluir risco do que aumentar a escala e ressaltou que já temos sistema de saúde gerido pelo governo, o Sistema Nacional de Saúde, mas o objetivo não é estender essa experiência para esse setor.

Franklin Júnior (ABRAMGE) disse que a sua sugestão é que se discuta se o risco é de fato do empregador e se será possível fazer com que o risco não seja só dele ou se vai se continuar uma discussão de fuga apenas para fugir do risco.

Alfredo Cardoso (ANS) disse que concorda com o Franklin em que se criou um direito sem definir quem é o responsável pelo custeio, o que é um dos principais problemas. Aduziu também que a regulamentação de quem tem direito a isso é fácil, mas a questão do custeio vai dar um pouco mais de trabalho, contudo, ele acha possível deixar as coisas mais claras, construir modelos que possam ser mais viáveis do ponto de vista das empresas poderem ter tranquilidade com relação ao risco na contratação do benefício plano de saúde em que demitidos e aposentados possam fazer valer o seu direito, tendo uma vantagem sobre uma contratação individual ou uma contratação como novo entrante.

Franklin Júnior (ABRAMGE) ressaltou que é preciso definir que vantagem é essa, tendo Alfredo dito que é o preço, a contraprestação. Franklin indagou quem vai compor esse preço, se será um preço médio, porque se é o preço médio de todos os ativos que vão ser transferidos para ele, então, isso é um pacto intergeracional.

Alfredo Cardoso (ANS) ponderou que aí o empregador não contrata mais, é fácil, porque a tendência do risco do aposentado ter um custo operacional, uma sinistralidade, é maior e isso vai puxar a carteira associada a ele para cima, e hoje já é o segundo maior custo, depois da folha, em relação a pessoas de qualquer empregador na maioria das empresas. Acrescentou que o desafio é dizer de quem é o custeio desse negócio, já que a lei estabelece o direito e não disse quem é o responsável, a empresa ou a operadora de plano de saúde. Observou que, entretanto, não entende como a Agência possa estabelecer deveres para o empregador, porque isso é imposto, e que a discussão é como construir um produto que seja viável e dê ao empregado os direitos que a lei determina que ele tenha no momento do desligamento, seja por demissão ou aposentadoria, mas o empregador, afinal, ele não tem o dever nem de contratar o plano, quanto mais de subsidiar o produto.

Sérgio Vieira (ABRAMGE) colocou que não entende de normatização, mas acha possível se pensar em novos produtos que viabilizem algumas das alternativas, como franquias coletivas, co-participação coletiva, porque nada impede da contribuição ser coletiva, o que não seria uma proposta de fugir do objetivo da lei, mas de aperfeiçoar a lei. Argüiu, em face de quando se colocou na reunião que os dependentes são um direito e não um dever, que daqui a pouco o mercado não vai mais aceitar dependente nenhum, então, essas variáveis não são boas para ninguém. Insistiu em que é possível se criar um produto original e qualquer variável seria um aditivo ao contrato, mas o normativo só se aplicaria ao produto original, o que, novamente, não seria um artifício para fugir, mas para auxiliar. Lembrou que a Lais já colocou que subsídio cruzado é temerário, mas, talvez, seja um artifício que se tenha de

experimental, de forma que seria possível ter esse viés de pensamento. Disse que entende a forma, com muita propriedade, como o Alfredo coloca, que a ANS tem seus limites, o que está claro para todos, no entanto, todos, sem exceção, manifestaram preocupação com a sustentabilidade, com a viabilidade, etc. Lembrou do Estatuto do Idoso e considerou que o melhor fórum para aperfeiçoar uma lei é o que a está discutindo, e na época do Estatuto do Idoso o Congresso queria colocar de uma forma e a ANS foi ao Congresso expor suas preocupações e conseguiu mudanças. Acentuou que a ANS deve formular um apelo para levar aos fóruns competentes essa preocupação do mercado sobre esses artigos, porque o mercado está manifestando enfaticamente preocupação com a sustentabilidade e a viabilidade dessa situação, que tem que ser aperfeiçoada.

Francisco Telles (ANS) assinalou que há um aspecto que deve ser considerado, porque as Resoluções Consu 20 e 21 pecam um pouco nesse sentido e a Agência, efetivamente, não pode entrar no âmbito de determinar ao empregador alguma atitude, a Res. Consu resvala um pouco nesse abuso e ele acha que tem que ser revista nessa grande oportunidade. Destacou que a lei, os artigos 30 e 31 estabelecem um direito, ou seja, a norma é claramente protetiva e a questão do *up-grade*, para efeito da relação com o plano de saúde, o beneficiário contribui, e se ele for à Justiça e provar que contribui vai ganhar o direito dele. Para ele, outro ponto de preocupação é a questão do contrato separado dos inativos, porque no momento em que se aponta para uma possível ou provável inocuidade da questão do contrato e se aquele empregador não tiver mais interesse em manter aquele contrato, porque não se pode obrigá-lo a mantê-lo, aquele direito que a lei estabeleceu para o beneficiário, mesmo tendo contribuído 10 anos, vai para o ralo, portanto, tem que se ver também a questão daquele sujeito que contribuiu para o sistema e não para o empregador, então, imagina-se que o sistema é que terá que absorver essa situação. Conforme ele, a solução para isso é o que se coloca como desafio a ser superado é como operacionalizar a coisa.

Lais Perazo (CNC) comentou que há decisões de juízes que não consideram o *up-grade* como contribuição, julgando que a ANS legislou mais do que a lei.

Alfredo Cardoso (ANS) observou que gostou muito do ponto do Fábio, e que a dificuldade é superar o fato do contribuinte com uma contribuição fixa mensal e que o texto da lei lhe dá direito a permanecer. Disse que essa questão, do ponto de vista da Agência e da operadora, quando a pessoa jurídica contratante paga, ela paga a integralidade da questão, ela está contratando e tem que explicar a ela como faz isso, mas se ele não abre isso, há dificuldade, e a chance do Judiciário interferir e dar ao usuário o direito é enorme, entretanto, em tese, isso não é um problema da Agência, mas o problema seria que um órgão regulador do setor estaria se omitindo para garantir um direito explicitado pela lei aos empregados, o que não é algo que qualquer agência reguladora deveria fazer. Acrescentou que a reunião é um exercício quase que de tolerância em tentar construir alguma coisa, visto que as principais questões para que esse direito seja garantido ao empregado e contribuinte não estão colocadas, porque se a lei dissesse que era obrigação do contratante, tudo bem, porque está na lei, e se dissesse que era obrigação da operadora, também, e que sempre que a Agência cria uma obrigação para a operadora, em todos os setores, quem acaba pagando é o conjunto dos consumidores que contribuem, os associados/contribuintes. Por fim, acentuou que é essa a responsabilidade da Agência, mas criar uma forma que obrigue o contrato a explicitar, talvez, não seja razoável, pois vai contra o que se está tentando fazer, que é desburocratizar a questão, portanto, achar o equilíbrio disso, com o norte de tornar esse direito viável e também não arruinar a operação das operadoras de planos de saúde, o que é o grande desafio desta Câmara e por isso que o assunto é palpitante.

Lais Perazo (CNC) salientou que a regra é clara, a lei é clara com relação ao pagamento integral e o objetivo do legislador não foi criar subsídios, e que daí a sua questão com relação à regulamentação, [da Res. Consu 20 e](#)

21, e quando se diz que a contribuição integral é parte empresa, parte empregado, é uma definição errada, portanto essa definição tem que sair. Perguntou o que é contribuição integral, respondendo, ela mesma, que ela é o que o cálculo atuarial assim designar, e em sua experiência com cálculo atuarial, subsídio cruzado não funciona no longo prazo, embora seja lindo no começo, quando todo mundo é jovem, mas depois se torna seletivo, inviabilizando-se no meio do caminho por causa da seleção e do agravamento do risco pelo envelhecimento da população.

Alfredo Cardoso (ANS) reiterou que o norte é tornar esse direito expresso na lei para o empregado que contribui o mais claro e viável possível, que é o objetivo da Agência como órgão regulador.

Maria Sílvia Marques (ESCRITÓRIO PINHEIRO NETO) assinalou em relação à questão do subsídio que o Pinheiro Neto tem precedentes recentes, de julho e agosto, do TJ/SP, em que foi apreciada essa questão do subsídio em casos de empresas que até redesenharam o plano para evitar essa questão. Esses precedentes adotaram cálculos atuariais do novo plano e determinaram o pagamento dos novos valores das mensalidades, em caráter retroativo, para os casos já em andamento exatamente para evitar o subsídio cruzado.

Egberto Miranda (UNIMED DO BRASIL E UNIODONTO) achou oportuno salientar que os textos das Resoluções Consu 20 e 21 montam de 1999, quando a Lei nº 9.656 tinha redação diversa da que possui atualmente. Naquela época se falava em pagamento da parcela patronal, e não o pagamento integral do plano. No mês em que foram editadas, as resoluções do CONSU observaram as disposições então vigentes. Hoje, a Resolução CONSU 20 é ilegal ao manter o benefício por tempo indeterminado ao demitido, daí a necessidade da presente revisão.

Carla Soares (ANS) disse que não havendo mais colocações a fazer, fica estabelecido que até 05 de outubro os participantes podem contribuir com

mais algumas considerações por e-mail, pois o canal está aberto para receber outras ponderações após as reflexões propostas neste encontro. Informou também que a ANS vai disponibilizar a apresentação, bem como a ata, como o resumo de todas as colocações para facilitar a reflexão, e que a proposta para a quarta reunião é de que ela aconteça na primeira semana de outubro, quando a Agência já vai trazer um esboço de proposta, considerando todas as colocações que foram feitas.

Iolanda Ramos (UNIDAS) sugeriu que esses pontos sejam encaminhados aos participantes previamente para facilitar o posicionamento.

Carla Soares (ANS) disse que junto com o material serão encaminhados os pontos que ficaram em aberto para poder direcionar as contribuições. Destacou que espera que na quarta e última reunião seja possível apresentar um desenho, porque isso ainda vai virar um normativo, vai para consulta pública, ainda há um caminho a seguir, mas em termos de discussões pretende-se na quarta reunião apresentar um desenho de proposta para que se possa começar num projeto de normativo, para que na consulta pública sejam aparadas as arestas.

Alfredo Cardoso (ANS) disse que na próxima reunião será trazido o projeto até para que se possa orientar as discussões sobre os pontos polêmicos. Acrescentou que a ideia é apresentar isso, tentar chegar a alguns consensos, não há a pretensão de se ter nenhuma unanimidade, e isso, depois, vira uma RN, e vai para consulta pública, e que isso será feito até 10 de outubro. Destacou que, contudo, se isso não for possível, não há nenhum aqodamento, mas observou que depois do esclarecimento histórico do Egberto, porque deixar uma resolução como as Resoluções Consu 20 e 21 nortear um assunto tão polêmico, e que foi feito à luz de uma lei diferente da lei atual, é querer arrumar confusão. Ele se despediu e agradeceu a todos.

Rio de Janeiro, 09 de setembro de 2010.

LISTA DE PRESENÇA

Alfredo Luiz de Almeida Cardoso DIPRO/ANS	Bruna Alessandra Vale Delocco GECIT/GGTAP/DIPRO/ANS
Carla de Figueiredo Soares GGEOP/DIPRO/ANS	Cristiane Julianelli Arruda GENOP/GGEOP/DIPRO/ANS
Daniela Amorim Ferreira UNIMED DO BRASIL	Danielle Conte Alves GGTAP/DIPRO /ANS
Cristiane Julianelli Arruda GENOP/GGEOP/DIPRO/ANS	Daniela Amorim Ferreira UNIMED DO BRASIL
Danielle Conte Alves GERAS/GGEFP/DIPRO /ANS	Edna Marize Nunes Guimarães Ministério da Saúde
Egberto Miranda Silva Neto UNIMED DO BRASIL E UNIODONTO	Fábio Bitter Bradesco Saúde
Fabrcia Goltara Vasconcelos ASTEC/DIFIS/ANS	Felipe Umeda Valle GERAT/GGEFP/DIPRO /ANS

<p>Fernando Coelho Neto Confederação Nacional da Indústria – CNI</p>	<p>Francisco Teixeira da Silva Telles GGARE/DIFIS/ANS</p>
<p>Franklin Padrão Júnior ABRAMGE</p> <p>Iolanda Ramos União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS</p>	<p>Gina Coriolano Regnier GGRE/DIOPE/ANS</p> <p>João Alfredo Gonçalves Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB</p>
<p>João de Lucena Gonçalves Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços - CNS</p>	<p>Júlio César da Silva Nova Central Sindical dos Trabalhadores</p>
<p>Lais Perazo Convidada ANS</p>	<p>Lucila Carvalho Medeiros da Rocha PROGE/ANS</p>
<p>Luiz Celso Dias Lopes Sul América</p>	<p>Márcia Fernandes de Assis GENOP/GGEOP/DIPRO/ANS</p>
<p>Márcia Franke Piovesan DIDES/ANS</p>	<p>Márcio Costa Bichara Central Única dos Trabalhadores - CUT</p>

<p>Maria Sílvia L. A. Marques Pinheiro Neto Advogados</p>	<p>Olimpio Barroso de Sá UGT</p>
<p>Paulo Guilherme Barroso Romano Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo – CNC</p>	<p>Polyanna Carlos Silva Associação Brasileira de Defesa do Consumidor – PRO TESTE</p>
<p>Raul Dalaneze Fundação Procon-SP</p>	<p>Renata Augusto Costa Ouvidoria ANS</p>
<p>Samir José Caetano Martins GEFIR/DIFIS/ANS</p>	<p>Sérgio Custódio Vieira ABRAMGE</p>
<p>Solange Beatriz FENASAÚDE</p>	<p>Stael Christian Riani Freire Ouvidoria ANS</p>
<p>Théra Van Swaay De Marchi Pinheiro Neto Advogados</p>	<p>Walmir Honorato SINOG</p>
<p>Wanderley de Freitas Veríssimo CAPESESP</p>	