

4ª Reunião da Câmara Técnica da Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes

(02/10/2014)

Transcrito por Daniela Xavier

2ª PARTE:

RAFAEL – Dando continuidade às apresentações, vou pedir a gentileza do pessoal da Sinog para vir aqui fazer a apresentação sobre as contribuições da entidade. Obrigado. Por favor.

MARCOS – Bem, gente, antes de tudo, boa tarde. Meu nome é Marcos, eu estou representando aqui hoje o Sinog, e tentarei ser o mais breve possível, até porque nós vamos reiterar algumas coisas. Como já foi mencionado, as odontologias de grupo, embora possam aplicar as regras de CPT, a maior parte delas não se aplica porque maior parte de procedimentos de alta complexidade não estão relacionados à odontologia, não tem leito de alta tecnologia para poder estar garantindo, então fica um pouco limitada essa parte de DLP para as operadoras odontológicas. Em todo caso, queríamos ressaltar alguns pontos, já que essa é a última reunião da câmara programada, que já foram trazidos nas outras reuniões e até trazer algumas considerações em relação aos dois cenários que foram propostos pela ANS na última reunião. Primeiramente, nós gostaríamos de agradecer e parabenizar a ANS por esse trabalho. Já são mais de 15 anos de representação de saúde, já era hora de começarmos a pensar um pouquinho mais sobre a qualificação do ingresso dos beneficiários no plano, e como foi comentado no início pelo Rafael, embora o foco principal dessa câmara seja as doenças e lesões preexistentes, um pleito que apresentamos desde o primeiro momento é que quando falamos de qualificação do ingresso do beneficiário, estamos falando de um cenário muito mais amplo do que simplesmente a imputação ou não de cobertura parcial temporária relacionada à doença e lesão preexistente. A primeira coisa que sempre ressaltamos, e gostaria de reiterar aqui mais uma vez, é que não só é muito bom esse posicionamento da ANS de rever essas práticas da qualificação dos beneficiários, como também a importância de estender essa revisão a outros assuntos e outras áreas relacionadas a essa qualificação que não sejam propriamente as doenças e lesões preexistentes. Então, em relação aos cenários apresentados pela ANS, achamos importante estar ressaltando algumas considerações. No primeiro cenário, como trabalhamos com operadoras odontológicas, sentimos falta de um pouco de detalhamento destes cenários para essas operadoras, já que, em sua grande maioria, as regras relacionadas à lesão e doenças preexistentes não são aplicadas. Então, o quadro de qualificação teria que ser um pouco mais abrangente e detalhado para abranger também as necessidades dessas operadoras. A questão do aumento da burocratização do custo do processo. Com esse contato inicial

necessário do beneficiário com a operadora demonstrando o seu interesse no plano, e só depois de todo aquele processo relacionado à entrevista qualificada, aos demais procedimentos, ele vir a ser convocado para assinar a proposta, entendemos que afasta e aumenta essa burocratização. Porque ela gera uma etapa inicial à etapa que seria a inicial, que é a proposta de adesão. O nome já diz, proposta de adesão. Naquele momento eu estou demonstrando o meu interesse de ingressar no plano, e vai existir uma etapa prévia à etapa inicial. Isso sim gera uma maior burocratização num processo que hoje já é um tanto quanto burocratizado, com a quantidade de documentos dos beneficiários que temos que desenvolver nesse início. É importante analisar também a questão da qualidade da informação que esses documentos vão trazer, a sua importância e efetividade, que estamos sempre batalhando em cima. A questão da incompatibilidade do material desse cenário que ressaltamos, à questão do corretor e que a nosso ver ele afasta sim. Porque o corretor é aquele que vai fazer a venda inicial. É o que vai atrás do beneficiário para a oferta de um produto. Se aqui eu tenho o beneficiário vindo em contra da operadora e depois de todo um procedimento de qualificação, ele vir a assinar a proposta de adesão, não faria sentido eu mandar um corretor para assinar uma proposta de adesão depois que já foi feita toda a qualificação para a entrada do beneficiário. O papel do corretor, é aquele papel inicial, de porta a porta, de venda, de ir atrás do beneficiário. Então esse cenário prejudica sim, ao nosso entender, esse formato da venda, por exemplo, pelos corretores. A posição do Sinog em relação à questão do prazo também já foi bem detalhada. Um prazo de 10 dias é muito curto, seria necessário pelo menos um prazo de 30 dias. E que ficaria a critério de cada operadora, dentro de suas possibilidades reduzir esse prazo. Até porque dentro daquilo que a gente defende, esse prazo não seria apenas para uma entrevista qualificada. Como já foi apresentado por outros colegas que o prazo já seria um prazo curto em função da quantidade de beneficiários. Ainda mais para utilizar esse prazo para outras questões importantes, como a devida orientação ao beneficiário, a inclusão desse beneficiário ao sistema, emissão de carteiras, dentre várias outras coisas que são importantes serem observadas antes do efetivo ingresso do beneficiário no plano. Outro ponto importante é a criação de mais um documento a ser observado, obrigatoriamente no ingresso do beneficiário. Que é o termo de ciência do plano de saúde. É imprescindível que o beneficiário tenha essa informação, sem dúvida nenhuma. Mas essa informação pode ficar clara e destacada em instrumentos já existentes. Não há necessidade de eu criar um novo instrumento, mais um papel a ser entregue pelo beneficiário, dentro de todos os demais que ele já tem, para que seja uma informação destacada. Eu posso destacar essa informação dentro de instrumentos já existentes. A fim de reduzir esses instrumentos preservando a qualidade da informação. O que importa aqui é a qualidade da informação e não a quantidade de instrumentos que vou utilizar. Então a posição do Sinog seria no sentido de que esse instrumentos vai aumentar a burocratização sem aumentar necessariamente a

efetividade. Seria muito mais efetivo trazer isso para dentro dos instrumentos já existentes de forma clara e destacada do que a criação de um novo instrumento. A questão de falta de ___ quanto aos casos de inexistência sobre DLP. É o que mencionamos no início. A falta do trato de como seria esse cenário, essa qualificação para os casos que a doença e lesão preexistente não será observado. Os contratos coletivos com mais de 30 vidas que o beneficiário ingressa com 30 dias, bem como as operadoras odontológicas e outros casos de isenção. Quanto ao cenário 2, vamos observar várias considerações, que se repetem em relação ao cenário 1. A grande maioria delas, até. A falta de detalhamento, seria o mesmo caso, o prazo, a criação de mais um documento, a falta do detalhamento relacionado... Então tudo que está relacionado ao quadro 2 também se repetiria no quadro 1. Qual a vantagem do quadro 2 em relação ao quadro 1? Eu tiro a etapa inicial, aquela primeira idéia que vai aumentar a burocratização. Como eu tenho a proposta, eu tenho o início do processo. Essa parte entendemos que seria melhor para todo o processo, então seria um quadro melhor. O 2 seria melhor que o 1, mas ainda assim teriam que ser observados alguns ajustes para chegar à forma ideal. E em cima disso, além dessas questões do ___ nós trouxemos também os pleitos que já foram apresentados nas demais reuniões e que são importantes tratá-los, porque extrapolam a idéia simples da DLP. A questão do prazo de 30 dias não apenas vinculado à idéia da DLP, mas sim a todo processo de qualificação do beneficiário. A necessidade da desburocratização do sistema e da liberação de um procedimento mais dinâmico para isso, como contratação eletrônica ou telefônica. Redução de instrumentos ou análise de viabilidade e da qualidade da informação dos instrumentos utilizados hoje como MPS, GLC. A revisão da Nota número 14, que o Rafael já mencionou que está em trâmite e entendemos como é extremamente importante, como a colega colocou aqui antes do *coffee break* que ela não está relacionada à sinistralidade ou a uso do plano de saúde, mas sim a questões administrativas que precisam também ser observadas, emissão de carteira, disponibilização de médico para a entrevista qualificada, toda essa parte administrativa que não necessariamente vai ocorrer no decorrer do tempo do beneficiário no plano. É uma coisa muito inicial. Se eu dissolver esse custo ao longo do tempo da mensalidade do beneficiário, ele estaria pagando, às vezes, pelo resto da vida no plano sendo que poderia ser apenas um custo administrativo inicial, e para isso essa taxa seria de extrema relevância. E a última questão que também já abordamos e que acho importantíssimo trazer novamente a discussão é a questão da comprovação da elegibilidade dos beneficiários, porque hoje está toda sob responsabilidade das operadoras e administradoras. Às vezes a operadora, principalmente nos casos dos planos coletivos, recebe uma informação de ingresso de elegibilidade dos seus beneficiários da própria pessoa jurídica contratante e essa informação vem em um lote. Se imaginarmos uma empresa de grande porte, que 300, 400 ou 1000 beneficiários são incluídos no plano todos os dias, ela não tem como buscar

documentação para elegibilidade de cada uma daquelas pessoas que a empresa expressamente declarou terem admitido na norma em relação a ela mesma. Essa necessidade de ___ de uma exceção relativa a essa comprovação de elegibilidade quando a própria pessoa jurídica traz para a operadora a informação da elegibilidade. Ou seja, essa responsabilidade deveria ser dividida com essa pessoa jurídica contratante a fim de tornar o processo mais dinâmico, um processo de inclusão e exclusão de beneficiários mais dinâmicos que as operadoras. É isso.

RAFAEL – Obrigado. Bem pessoal, vamos dar seguimento aqui. Seguindo o nosso cronograma, a próxima apresentação... Vou pedir por gentileza o pessoal da Fenasaúde. Depois vamos para Abramge, fechamos com a Unimed do Brasil para depois abriremos o debate com os questionamentos. Por favor, a Fenasaúde.

SANDRO – Obrigado pessoal. Boa tarde a todos, sou Sandro Leal da Fenasaúde. Deixa nessa tela rapidamente, só para esclarecer um ponto aqui, Rafael e pessoal da agência. Nós tínhamos mandado dois ofícios e por algum motivo ele não está aqui hoje, talvez porque, enfim, já tínhamos encaminhado há algum tempo. Eu vou tentar, nessa apresentação agora, resgatar pelo menos aqueles principais pontos para nivelarmos a nossa proposta com todos vocês. O que fundamentamos na nossa proposta? Quatro elementos básicos. Primeiro o mutualismo. Porque sempre defendemos e precisa ser preservado, porque é a base de sustentação desse sistema. Agora mais cedo, estava escutando uma conversa que remetia claramente a falta de clareza, talvez, desse conceito. É uma imagem simples, um condomínio. Todos pagam, e aquele recurso tem que ir todo mês para pagar aquelas cotas. Se algum condômino não paga, alguém terá que pagar mais caro para sustentar aquele condômino. Quando naturalmente agimos assim em sociedade, não tentamos defender aquele condômino que não pagou, geralmente falamos “temos que dar um jeito para essa cara voltar a pagar para a gente ter uma vida normal”. Poderíamos pensar basicamente nesse conceito nessa nossa situação. Porque a gestão do recurso tem muita similaridade com essa questão do condomínio. Além disso, nós observamos que o atual sistema de incentivo que está colocado pela regulamentação, no nosso entendimento está um pouco desequilibrado. No sentido de que está dando muito incentivo, e perdoem-me o termo já que é minoria, mas aquele oportunista que se vê diante de uma situação que pode se beneficiar com baixíssimo risco de ser descoberto. A nossa proposta tenta também trazer para a regulação um equilíbrio maior nesse sistema de incentivo, tenta dificultar um pouco a vida da pessoa que tenta no caminho não muito correto. De forma geral, o objetivo das nossas reivindicações seria: identificação da DLP... vamos passar, por favor, porque acho que fica... Ah, eu estou passando aqui.

SANDRO – Obrigado, dona Cândida. Eu trouxe outro guia para a senhora. Toda vez que eu te encontrar eu trago um guia. Obrigado. Até me desconcentrei aqui.

(Risos)

SANDRO – Eu tenho mais cinco minutos, vamos lá.

P/VOZ NÃO IDENTIFICADA – O exemplo do condomínio foi ótimo.

SANDRO – Foi bom? Legal, no guia tem esse tipo de exemplo também.

(Trecho ininteligível – áudio muito baixo, pessoas falando ao mesmo tempo)

SANDRO – Vamos lá, pessoal. Deixa eu tentar cumprir meu horário aqui, promete ser breve. Reduzir a assimetria da informação. No ofício que mandamos para a agência, esclarecemos bem esses pontos. No mundo inteiro existe essa preocupação com sistemas de seguro, para você ter condição de minimamente precificar esses riscos. O Brasil inovou e criou a figura da DLP. Em outros mercados, pelo menos, desconhecemos esse tipo de situação, então vamos tentar trabalhar com isso da melhor forma possível. Eu acho que reformaria o objetivo ali. Não é diminuição dos processos de DLP. O objetivo é fomentar transparência, boa-fé, entre todos os agentes, e o resultado disso pode ser então a diminuição dos processos de DLP, que eu acho que é um objetivo comum entre todos nós aqui, desde que não se suprima esse processo. Nós defendemos a retificação da declaração de saúde durante o prazo de 24 meses. Vou ler. Retificação durante o prazo de 24 meses, após início de vigência, inclusive pela internet ou telefone, dando ciência ao beneficiário da gravação. Confirmada a DLP, por parte do beneficiário ou se a operadora dispuser de provas, pode-se retificar essa DLP e imputar então a CPT durante 24 meses a partir dessa data. Por quê? Porque entendemos, voltando nas questões dos conceitos básicos, que se o beneficiário só recebe a CPT faltando um mês para completar os 24 meses, o benefício para ele está muito grande, está desbalanceado em relação ao custo para a operadora. Ele está onerando muito mais aquela coletividade. Então se conseguirmos que ele enxergue esse risco, aumentar um pouquinho esse risco para ele, pode ser que ele tenha mais interesse e mais incentivo a tomar medidas menos afoitas no sentido de negar talvez determinada doença e daí por diante. Acho que essa é a idéia. Outra coisa, nós não entramos no detalhe de cenário 1 ou 2. Vou explicar porque ali na frente, mas entendemos que a operadora tem que ter liberdade para desenhar bem os seus processos. Temos um mercado com 1.200 operadoras, muitas são grandes, outras são pequenas, umas tem um fluxo enorme de novos entrantes em cada mês, etc. Então, engessar esse fluxo é uma preocupação que temos para poder não prejudicar as empresas. Defendemos um documento que reconheça a DLP na entrevista qualificada. E que se condicione a vigência do contrato à assinatura e concordância com o

referido documento. Eu pediria aqui aos colegas da Fenasaúde que se tiver alguma coisa para acrescentar, por favor, me avisem. Seguindo, procedimento de encaminhamento por telefone ou internet. Não dá para fugir muito disso, não é pessoal? Porque telefone e internet estão aí e temos que trazer a realidade para nosso setor. Tem até um fluxozinho proposto aqui, não muito bem desenhado, mas só para termos uma primeira idéia. O corretor encaminha a consulta à operadora, define a realização ou não dessa entrevista qualificada e gera uma senha. A partir daí a contratação poderá ser realizada via internet ou telefone. Novamente essa questão do telefone e da internet para preenchimento e retificação da declaração de saúde, utilizar essa tecnologia. Vedação de preenchimento de declaração de saúde pelo corretor e é uma coisa que achamos bastante importante para melhorar esse processo e esses incentivos no mercado. A declaração de saúde deve ser preenchida pelo beneficiário ou pelo médico orientador. Continuidade do processo administrativo para comprovação de fraude. Por quê? Nós entendemos que isso é uma obrigação que a lei deu para as operadoras de plano de saúde. Por ser uma gestora de recursos que são de terceiros, é uma obrigação de ela inibir e punir esse tipo de comportamento. Pois ela está gerindo recurso de toda uma coletividade de beneficiários, além de ser uma questão moral. Não pode realmente fazer vista grossa nem esquecer desse tipo de processo. A continuidade da perícia também, admitindo solicitação e realização de exames, como exemplo, exame de sangue, ressonância, todos puxados pela operadora. Impedimento de participação por recusa no preenchimento da declaração de saúde ou realização de entrevista qualificada ou perícia. A recusa do beneficiário concordando com a Anabb, em preencher a declaração, enfim, poderá impedir o ingresso ao plano. Exames complementares anteriores a contratação poderão ser exigidos por parte da operadora. Voltando as questões do processo, o que defendemos? A operadora define esse fluxo de processo para ___ dos beneficiários. Dá liberdade para definir esse fluxo de quem vai para a entrevista qualificada e quem não. E novamente, não vincular o início da vigência com o pagamento da mensalidade. Deixa eu voltar aqui só para não esquecermos o que tínhamos proposto lá trás. O prazo que sugerimos foi de 45 dias. Acho que abordamos todos os aspectos.

CRIS – Só para reforçar alguns dos pontos que já foram mencionados. É a proposta da Fenasaúde que possa ser feito ao longo dos 24 meses de início de vigência do contrato, a possibilidade de identificação da fraude, para podermos separar mesmo o joio do trigo, porque uma pessoa que intencionalmente desde o início está determinado a omitir determinada condição de saúde, não há perícia ou declaração de saúde que vai identificar ou dar indícios a operadora. Essa identificação de fato será na hora da solicitação de um procedimento. Então para podermos de fato separar, no exemplo do Sandro, o morador que é inadimplente daquele que teve uma situação não intencional. Eu queria reforçar também qual é a mobilização das operadoras aqui nesse fórum. Acho que

tanto as operadoras quanto o órgão regulador e representantes dos beneficiários, de poder criar condições para poder garantir o mutualismo lá do condomínio do Sandro. Porque hoje, um condômino que deixa de pagar, a legislação estabeleceu diversas prioridades que em última instância pode fazer com que ele perca seu apartamento, e a prioridade para o pagamento é do condomínio. Já nesse setor, o que vemos é um pouco mais quão descendente a legislação será com esse beneficiário oportunista. Na medida em que, por exemplo, na regulamentação atual, uma vez flagrado, fraudando e que ele reconheça, ele não terá 24 meses de CPT. Só terá o período restante. Isso, por si só já é um incentivo para o beneficiário omitir na largada. Porque se a operadora descobrir, e quando ela descobrir, só terá um finalzinho. Essa, por exemplo, é uma condição que vemos que a regulamentação, seja fundamentada na questão da lei, seja a fundamentação que se dá ___ jurídico, no ponto de vista prático é condescendente com o beneficiário oportunista. Que ao entrar no plano sem seguir as regras dos demais, ele está justamente prejudicando quem? Todo mundo. Ele está sendo absolutamente desleal justamente com outras pessoas na condição rigorosamente igual a ele, as pessoas que são corretas, que estão lá. Que fazem a declaração de saúde corretamente e que estão aguardando o período da CPT também estão sendo prejudicadas. Acho que temos que poder ser um pouco mais firmes com esse beneficiário, até para permitir um equilíbrio melhor do grupo e desse condomínio.

RAFAEL – Alguém da Fenasaúde quer complementar? Ok. Obrigado pessoal. Vamos seguir aqui com as apresentações, vou passar aqui para a Abramge. Se eu não me engano é o número 3. Isso, já estava aberto. Virginia, por favor. Obrigado.

VIRGÍNIA – Boa tarde a todos, desculpa a minha voz, eu estou um pouco gripada. Fiz uma breve síntese justamente porque o espaço de tempo é pequeno e quase tudo já foi passado, é só para reportamos alguns pontos importantes. Nós tivemos quatro reuniões e o Rafael também mencionou isso. Como fomos evoluindo nos conceitos ao longo dessas reuniões. Isso já mostra a importância dessa câmara técnica, e temos que parabenizar toda a equipe da Dipro por essa oportunidade. Nós reforçamos muito o conceito de doença e lesão preexistente. Porque durante todo o tempo, foi mencionado que a Lei 9656 artigo 11 fala que é aquela doença que o portador saiba ser portador ou sofredor. Então, as discussões que nós tivemos que as vezes ele sabe que é portador, mas não sabe o nome da doença. Essa é a importância de ter uma etapa prévia, não vou entrar em nomes, se é perícia, se é entrevista qualificada, etc. Mas sim um contato dele com um profissional que vá saber demonstrá-lo aquilo que efetivamente possui. Porque ele pode saber ser portador, mas pode não saber o nome daquilo que ele porta. Foi passado também a ineficácia do processo administrativo relacionado à doença e lesão

preexistente. Hoje temos um processo administrativo que praticamente 100% dos casos são indeferidos. Pelo menos acho que ficou claro nos exemplos de obesidade mórbida, muito por falta de conhecimento nosso do trâmite processual. Então, para nós, se estivesse escrito o peso e a altura na declaração de saúde, eu já não poderia, naquele exato momento, imputar uma CPT. Já para a ANS a partir do momento que tinha esse preenchimento e só 6 meses depois que fomos alegar que existia uma doença e lesão preexistente, não houve fraude do beneficiário porque ele tinha declarado. Então, fica parecendo que existe uma falta de diálogo nosso e desta falta de diálogo gerou que quase 100% dos processos administrativos eram julgados em procedentes. E como toda cobertura tem que ser dada durante um lapso temporal, este também não era eficaz do ponto de vista econômico. Ninguém está tendo benefício com o formato atual. Quanto ao início de vigência contratual. Acho que esse foi unânime. Mesmo os órgãos de defesa ao consumidor deixaram um prazo menor, mas todo mundo entendeu que não dá para no momento inicial, como está hoje na legislação, já iniciar a vigência do contrato. Nós precisamos de um período mínimo. Seja por questões vinculadas a doença e lesão preexistente ou por trâmites internos ou operacionais para processar essa inclusão de beneficiário. E as formas de identificação de doença e lesão preexistente. Acho que hoje aqui ficou muito claro. Todos chamam de entrevista qualificada ou contato do médico com o beneficiário. Mas se olharmos hoje pela RN 162, a entrevista qualificada é o direito do beneficiário de ter acesso ao profissional para preencher a declaração de saúde. Qualquer outro contato do médico seria uma perícia. Independente do nome que usamos aqui, perícia, entrevista qualificada... E porque esse temor do nome perícia? Porque pela RN 162 quando se realiza perícia, é vedado qualquer alegação posterior de doença e lesão preexistente. Então, utilizamos o nome entrevista qualificada para realizar a convocação do beneficiário para esclarecimentos. Para não chamar de perícia e não essa questão da norma. Então, como essa é uma câmara para revermos conceitos, não precisamos mais ter esse trauma com o nome perícia, pois a idéia é exatamente demonstrar a importância de ter um contato entre o médico e o beneficiário. Independente do nome que se dê. E com relação aos documentos entregues ao beneficiário, nós demonstramos esse volume enorme de documentos que existe hoje, e porque especificamente, no caso da carta de orientação beneficiária chamamos a atenção. É um documento assinado pelo corretor, então, a partir desse momento, estamos de pleno acordo com o que a Fensaúde apresentou. A declaração de saúde deve ser desvinculada do corretor. Porque o corretor tem interesse na venda. Ele quer que o beneficiário ingresse no plano de qualquer forma, ele vai ganhar comissão na primeira mensalidade. Não está preocupado com a saúde financeira da operadora posteriormente. A carta de orientação ao beneficiário sendo um documento obrigatório a ser entregue e assinado pelo corretor, já propicia que o corretor oriente o beneficiário a preencher tudo negativo para não ter problemas

naquela adesão e ele já entrar no plano. Justamente por isso nós fomos contrários à carta de orientação do beneficiário e a separar todos esses documentos que são entregues ao beneficiário naquele primeiro momento, pois podemos fazer um documento único que dê mais transparência que não dê um volume tão grande de informações. Porque ao invés de tornar o processo transparente, acaba tornando-o o contrário. O beneficiário fica confuso com aquele tanto de documento e acaba não lendo nada. Não vou passar as propostas porque já foram citadas e contempladas pela Dipro. E voltando no que para nós é relevante concluir na última reunião a respeito. Primeiro que, pelo artigo 11 da Lei é considerada uma doença ou lesão preexistente aquilo que tenha conhecimento prévio do consumidor ou do beneficiário. Se é um conhecimento prévio, e creio que tenha ficado muito transparente aqui em todas as reuniões, que nem sempre o beneficiário sabe que os sinais e sintomas que ele possui e de uma doença e que nem todo sinal e sintoma justificam ser enquadrado como uma doença, nós precisamos de um profissional técnico, alguém que tenha capacidade de traduzir essa informação. E ela precisa ser antes do ingresso do beneficiário no plano. Porque se for depois não será considerada um conhecimento prévio do consumidor. A única forma de eu dizer que ele previamente conhecia essa doença é se eu realizar esse primeiro contato previamente. Isso faz a entrevista qualificada deixar de existir a qualquer momento? Não. Estou chamando atenção de que aquilo que podemos detectar antes do ingresso do beneficiário ele não poderia alegar que não tinha conhecimento prévio. Em qualquer outro momento, continua sendo válido o processo, mas eu tenho que provar que ele tinha esse conhecimento prévio. Aqui não. Se ele passou por essa entrevista qualificada e lhe foi informado que ele tem aquela doença, ela foi prévia ao seu ingresso no plano. A justificativa era essa. Realização de perícia ou entrevista qualificada, o nome que queiramos dar. Para identificar eventual doença ou lesão preexistente, falta de conhecimento técnico do beneficiário para identificar as doenças, por isso é importante que qualquer preenchimento do beneficiário tenha informação sobre hábitos de vida, sintomas, usos de medicamentos. E não é porque todos que preencherem ter algum mal hábito de vida terão imputação de CPT, mas já é um indício para fazer essa separação de quem vai passar por essa entrevista qualificada e essa realização antes do ingresso no plano. E por isso esse lapso temporal necessário. E o que eu estou chamando de perícia, poderia ter o nome de entrevista qualificada ou qualquer outro nome que seja o contato do beneficiário com o profissional médico. Ele seria então um instrumento de auxílio de identificação de doenças e lesões preexistentes, traz uma segurança para ambas as partes, pois não é uma informação que é passada aleatoriamente para o beneficiário, efetivamente seria um profissional capacitado para diagnosticar aquela determinada doença, e todas as questões vinculadas ao princípio que, o Marcos até citou, com relação a mutualismos. Se estamos tratando de um recurso que todos os beneficiários vão utilizar e que a definição do preço do plano de saúde envolve a sinistralidade esperada,

precisamos tomar cuidado com esse ingresso do beneficiário. E justamente por ter essa preocupação é que não podemos permitir que fique um processo tão amplo e que favoreça a fraude como foi citado hoje. Se eu não vou ter nenhuma penalidade em não declarar, para que vou declarar imediatamente? Temos que evitar essas situações que propiciam a fraude porque no final isso vai impactar no preço e todos vão pagar. Então, o início do prazo de vigência seria justamente para ter todos esses trâmites operacionais. E indo ao encontro de quem já falou aqui de possibilitar por telefone e por qualquer outro meio, trouxemos a legislação do E-commerce. Porque o comércio eletrônico hoje é regulado pelo Código de Defesa do Consumidor, nós temos o decreto 7962 fazendo toda essa regulação. Não era exatamente esse assunto de DLP, mas sobre sites de compras coletivas, que na época chegamos a consultar a Dipro. Na época não existia nenhuma forma de venda de plano de saúde regulada pela legislação e que era uma forma que não poderia ser impedida. Por esse caminho, entendemos que qualquer forma de continuidade da venda também poderia ir pela via eletrônica. E falar de segurança, acho que muito mais do que plano de saúde que esperamos que seja uma contratação que dure para a vida inteira, nas previdências privadas com certeza contratamos para a vida inteira. E determinados seguros também. E para previdência e seguro já existe a Resolução 294 regulando o comércio eletrônico. Se eu já tenho forma de contratação regulada tanto para seguros, e essa norma separa os tipos de seguro vinculados à vida, quanto para previdência privada, porque não permitir isso também na legislação de saúde? Não teria argumentos. Porque não levar adiante algo que é tão comum no nosso dia-a-dia? E com relação à extinção do processo administrativo, no primeiro momento ficamos bastante preocupados, mas da forma que o processo administrativo está hoje, em que quase todos os casos são indeferidos, não está sendo bom para ninguém. Então ele precisa realmente ser revisto. Mas entre ser revisto e ser extinto acho que tem um lapso muito grande. Indo pela lado da proposta em que ele seria extinto, lembramos o que o Artigo 11 da Lei 9656 menciona. A competência da ANS sobre DLP é estabelecer o conceito e a forma de identificação. Se eu não tenho um processo administrativo, isso significa que eu vou poder alegar DLP a qualquer momento do contrato. E aí isso vai virar uma Nip. Porque eu não posso ser impedida de extinguir o beneficiário por fraude pelas disposições do Artigo 171 do Código Civil e da própria Lei 9656. Porque esta coloca que a operadora tem o direito de excluir o beneficiário em caso de fraude. E a 195 para contratos coletivos também menciona que é um direito da operadora cancelar o beneficiário em caso de fraude. Então, se eu posso excluí-lo por fraude, e não teve processo administrativo, vou gerar uma Nip se o beneficiário não concordar com a exclusão da operadora. Estamos aumentando o número de Nip's e esse aumento deveria então ter um tratamento diferenciado para isso não misturar com os outros processos já em andamento. Nossas propostas referentes a essa matéria são estipulação de um prazo razoável de 30 dias para início de vigência contratual, o não enquadramento como infração

ao Artigo 14 da Lei ou a Súmula 19 à realização de perícia ou outras etapas necessárias à qualificação do ingresso do beneficiário. E o que é isso aqui? Acho que já foi demonstrado, a Unimed Rio trouxe com muita propriedade a total impossibilidade de realizar entrevista qualificada em todos os beneficiários. Se é impossível, terei que criar alguns filtros para realizar essa entrevista, que por óbvio, vão por alguma situação demarcada, por hábito de vida, ou por idade, ou por peso e altura, cada operadora vai criar o seu modelo para filtrar aquilo que deseja realizar entrevista qualificada. Mas como todos os beneficiários que participaram da entrevista qualificada terão direito de ingresso ao plano, não está tendo nenhuma vedação, que isso não seja considerada uma infração ao Artigo 14 da Lei. Esse artigo é o que fala que nenhum beneficiário pode ser impedido de ingressar na operadora, inclusive em razão de idade ou doença e lesão preexistente. É só um filtro da operadora porque ela não tem como realizar essa entrevista qualificada em todos eles. E se efetivamente for extinto o processo administrativo, o nosso pleito é que eventual NIP pautada nesse assunto sejam tratadas com critério de análise diferenciado para não prejudicar no risco assistencial ou no monitoramento de garantia de atendimento, já que é um novo modelo criado a partir de então. A outra questão é a revisão do artigo 7º da RN 195, que menciona que em planos coletivos com mais de 30 beneficiários eu não posso alegar DLP, porque entendemos que o artigo 11 da Lei trata apenas de conceito de doença e lesão preexistente, não faz essa distinção entre quando a operadora pode ou não aplicar as regras referentes à DLP. A nosso ver, isso é uma questão negocial e que deveria ficar a carga da operadora decidir para quando ela quer aplicar, seriam regras comerciais dela e não por determinação legal. Revisão e redução dos documentos obrigatórios no ingresso do beneficiário, vamos muito por essa questão da legislação do E-commerce, precisamos diminuir esse volume de documentos entregues aos beneficiários e torná-los mais transparentes. Hoje não tem vantagem alguma o beneficiário receber um volume tão grande de informação que nem lhe cabe, nem sempre é pertinente. E a ampliação do escopo da declaração de saúde para que possamos ter perguntas sobre hábitos de vida, sinais e sintomas e uso de medicamentos. Aplicação de cobertura parcial por área para qualquer procedimento relacionado à DLP. Pleiteamos também uma revisão nos conceitos que hoje tem de cobertura parcial temporária pela RN 162. Seria só para uso de leitos de alta tecnologia, procedimentos de alta complexidade e cirurgias. Exemplo: uma pessoa que é portadora de algum quadro de intoxicação ou dependência química, apesar de ter uma doença preexistente, ela não tem nenhuma aplicação de CPT. Porque a internação dela é uma internação regular. Não é de uso de leito de alta tecnologia. Esse foi um exemplo de alguém que tem uma doença preexistente, precisamos aplicar um prazo maior de cobertura parcial temporária, mas ficamos limitados aos 180 dias. Por esse mesmo motivo, agora explicando o que foi falado mais cedo, sobre necessidade de revisão dos critérios de cobertura para as beneficiárias que ingressam grávidas

no plano. Aqui o pleito não tem a ver com a Súmula 19, não. É o seguinte, hoje, eu não tinha plano de saúde antes, se acabo de descobrir que estou grávida e entro no plano, muito provavelmente eu terei meu parto realizado pelo plano. Porque eu só tenho um prazo de carência, de 300 dias é só para parto a termo, então qualquer parto que não for a termo será considerado um parto de urgência. Sendo considerado um parto de urgência a carência é de 180 dias. Cria-se um lapso desnecessário. Outra questão: o recém-nascido, ainda que seja parto não coberto pelo plano, mas o recém-nascido terá todo o atendimento pelo plano, porque para ele já cumpriu 180 dias. Qualquer UTI neonatal, que é o custo mais alto de um parto será realizado às despesas da operadora. Dá um tratamento equivalente a doença e lesão preexistente para que a pessoa que está grávida ingresse no plano. O pleito era nesse sentido. E a outra, que já foi mencionada, que é a revisão da nota sobre a taxa de adesão porque para nós realmente não tem relação com os valores que já constam na nota técnica do produto e que deveria ser algo factível de ser cobrado do beneficiário no seu momento do ingresso. É isso, obrigada a todos.

RAFAEL – Obrigado, Virginia. Bom, para finalizar as apresentações vou pedir a gentileza da Unimed do Brasil. É a última apresentação. Obrigado.

VOZ NÃO IDENTIFICADA – Bom, obrigado, primeiro a Dipro pela oportunidade de estar participando dessa câmara técnica. Gostaria de esclarecer inicialmente que encaminhamos para as federações estaduais e regionais o sistema para que todos aprovassem essa proposta que foi encaminhada a vocês. Serei bem rápido, porque o que vou falar aqui vocês já falaram milhares de vezes. A questão do prazo para vigência contratual de 30 dias, acho que esse acabou sendo o consenso de quase todos. O que faríamos nesses 30 dias? Esclarecimentos dos beneficiários sobre processo de DLP. Preenchimento da declaração de saúde. Entrevista qualificada, se for o caso. Realização da perícia. Avaliação de DLP. Assinatura de cobertura parcial temporária. Apresentação de Promoprev, pois o sistema Unimed tem essa característica de apresentar programas de promoção a saúde e prevenção de doenças. E emissão de carteirinha de atendimento. A questão de quem deve orientar o consumidor na entrada. Deve ser, no momento inicial, realmente, o vendedor, a área comercial da operadora, o corretor. É ele que tem esse primeiro contato com o beneficiário. Essa idéia, como está no cenário 1, do beneficiário marcar na operadora o agendamento para realizar a entrevista qualificada acho que é algo que na prática não vai funcionar, honestamente. Além disso, isso pode acarretar até mesmo na extinção da figura do vendedor ou do corretor de plano de saúde. Uma vez preenchida a declaração de saúde, se eventualmente o beneficiário optar pela entrevista qualificada, aí sim será orientado pelo médico da operadora. A questão da declaração de saúde, o preenchimento tem que ser realmente obrigatório para todos os beneficiários. A questão dos questionamentos sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de

medicamento acho que é fundamental, e pelo o que eu vi, parece ser convergente. Todos tem a mesma opinião. A questão do peso e altura, pelos argumentos que já foram citados, dessa questão da cirurgia de obesidade mórbida, acho pacífico, acho que realmente tem que fazer parte do formulário da declaração de saúde. A questão de ser padronizado ou não, nós entendemos que não deve ser por uma questão de natureza epidemiológica, regional. Vou dar um exemplo. No triângulo mineiro nós temos uma incidência muito grande de doença de chagas, que não ocorre em outras regiões do país. Também defendemos perícia. Que a legislação traga realmente o conceito de perícia. Acho que isso é muito importante. O que é perícia? A regulamentação tem que trazer o que seria esse conceito. Obviamente que ela não pode ser obrigatória. Uma questão que também defendemos é a da possibilidade de ao invés de realizar perícia deixar com que os beneficiários apresentem exames prévios e recentes. O recente colocamos na defasagem de um mês, mas conversando com os médicos do sistema, acharam que estávamos sendo muito rigorosos, pois esse prazo pode ser um pouquinho maior. E mesmo com a realização da perícia, se no transcorrer do contrato a operadora identificar que o beneficiário omitiu uma doença ou lesão preexistente, que seja possível fazer essa alegação, e que o beneficiário tenha que cumprir o prazo remanescente. Caso o beneficiário não deseje entrevista qualificada ou perícia. Nós defendemos desde o início que entrevista qualificada é um direito dele, então ele pode realizar ou não. Mas a perícia nós entendemos que a partir do momento que a operadora direcionou o beneficiário para a perícia e este se recusa a fazê-la, nós entendemos que isso deveria ser tratado realmente como uma presunção de má-fé por parte do consumidor. O beneficiário também poderia, se for do interesse dele, contar com a presença de um perito assistente no momento da realização da perícia. A extinção do processo administrativo. Os dados que a Virginia colocou foram dados que eu também já tinha percebido. Se olharmos as decisões desses processos administrativos não é nem 99,5%. É 100% dos processos administrativos são julgados favoravelmente aos consumidores. Se isso acontece e nós temos uma demora de 2 a 3 anos para resolver esses processos, eu questiono: para que ter esse processo administrativo? Acho que a operadora poderia suspender a cobertura quando tiver essa suspeita e depois os órgãos de fiscalização da ANS vão apurar se a operadora agiu com prudência ou não. Essa aqui é uma questão, que também foi colocada, e que eu acho muito importante, que chamei de legalização da fraude. É aquele caso em que o beneficiário omite uma doença ou lesão preexistente, a operadora abre o processo administrativo e no meio deste ele sai do plano de saúde. E esse processo acaba sendo extinto por perda do objeto. Nesse caso, a operadora acaba ficando com os custos e sem a possibilidade sequer de contar com uma prova da ANS para tentar pleitear esse ressarcimento junto ao poder judiciário. As operadoras estão sendo muito prejudicadas nesse sentido. A questão do cenário 1 entendemos que já foi prejudicado simplesmente pela questão da entrevista qualificada ser

obrigatória. Acho que esse é um tópico realmente, que uma operadora de grande porte que admite 1000 a 1500 beneficiários, realizar declaração de saúde com todas essas pessoas. Essa obrigatoriedade implicaria em burocratização do processo de venda e o aumento do custo inicial para a operadora. Isso poderia impactar na redução das vendas, e percebemos por dados do próprio caderno de informações da agência que ___ beneficiários dos últimos trimestres. Não tem aumentado o quanto necessitaríamos. O prazo de 10 dias, que também foi proposto no cenário 1, como já dissemos, tem que ser ampliado para 30 dias. No cenário 2, seria uma questão de retrocesso tecnológico se não considerássemos a questão das vendas online, da adesão, do preenchimento da declaração de saúde software ou via telefone. Acho que não jeito, a regulamentação vai ter que acompanhar essa evolução. A questão da RN195 seja contemplada na normativa. A questão das administradoras de benefícios de definir quais são suas funções na qualificação da entrada dos beneficiários. A questão dos gestantes também, não tem a ver com a súmula 19, mas com a súmula 25. Essa possibilidade da carência de 300 dias ser aplicada somente para partos a termo permite que a pessoa fique grávida e tenha seu bebê, no caso de partos prematuros, as dispensas da operadora. Taxa de adesão e cadastro também à revisão da nota técnica. Acho que é isso. Muito obrigado mais uma vez pela oportunidade e agora é o debate, não é isso?

RAFAEL – Obrigado pessoal da Unimed Rio, obrigado a todos pela contribuição, e pelas apresentações. Antes de abrir para o debate, vou colocar só alguns pontos aqui antes do debate. É o seguinte: uma situação que já foi até abordada, que é a questão do prazo inicial. Quase todos se manifestaram favoráveis. Há diferença de prazo 60 dias, 45, 10, 20, enfim. Mas a questão do prazo é uma coisa a se levar em consideração. Algumas colocações foram feitas em relação a representantes de vendas, principalmente do cenário 1. A Cristiane já tinha abordado, e acho importante dizer, que a intenção da proposta não é em nenhum momento extinguir a figura, muito pelo contrário, não entramos nesse mérito, só que a proposta foi no sentido do beneficiário ter o primeiro contato com a operadora especialmente no plano individual. Só para esclarecimento. Algumas situações foram colocadas aqui, já foram contempladas em outras reuniões, mas foram emboçadas, a questão do comércio via internet, a utilização da ligação telefônica, que já tínhamos falado que podemos fazer a consulta na procuradoria para ver a viabilidade jurídica, porque toda uma análise prévia jurídica. A questão da grávida, do prazo de 180 dias, da súmula 25, ficou claro, realmente a súmula 25 tem essa previsão. Isso foi até uma discussão longa na colegiada na época sobre o assunto, foi com base no parecer da procuradoria, é uma súmula que já está em vigor a um tempinho, mas da mesma forma como foi feita na taxa de adesão, nós levamos as questões, pois é importante ter esse feedback. Desde as primeiras reuniões nós já estamos na quarta e o assunto aprofundou bastante. Fico bastante feliz,

até com o feedback. Acho que essa construção coletiva é fundamental até para que a gente tente fazer uma norma o mais clara, transparente e que seja boa para a sociedade, possível. Nesse sentido, vamos dar abertura ao debate. Quem quiser se inscrever vem depois aqui. Só peço a gentileza de antes de falar, falar o nome, representante, para ficar na gravação. Obrigado.

GILSON LIMA – Se a Dona Cândida quiser falar na minha frente eu cedo a vez. Eu quero parabenizar a Lu que deve ter cochichado no seu ouvido. Meu nome é Gilson Lima, eu estou representando a Unimed do Brasil, eu queria pedir, se fosse possível, que projetasse a contribuição do Senacon, porque eu queria caçar um paralelo entre a nossa apresentação e a do Senacon.

RAFAEL – Sabe o tema?

GILSON LIMA – Aquele resumo que a Cristiane fez.

RAFAEL – Mas sabe o assunto?

GILSON LIMA – Sei. É sobre junta médica, dados invioláveis.

RAFAEL – Volta na primeira apresentação, por favor.

GILSON LIMA – É rápido, mas eu acho importante colocarmos. Aí nós estamos falando de 20 dias. É uma coisa que acho que fica superado porque 30 dias é um mês e é até um número mais fácil para regulamentar isso daí. Além de ser o que a maioria coloca como um dado técnico necessário para ser operacionalizado. Na medida em que a própria representante dos usuários reconhece o número de 30 dias, reconhece como um número razoável. Senacon, aí. “não parece razoável que seja incorporadas nesse documento perguntas relacionadas a hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos eventuais sob pena de eventuais riscos e indícios...”. Eu levantei isso na vez passada. Eu acho absolutamente pertinente que se pergunte sobre hábitos de vida. Sob pena de você punir quem tem o hábito de vida saudável. Uma pessoa que fuma três maços de cigarros por dia, e que tem uma tosse já há algum tempo, certamente ele tem um enfisema, qualquer médico aqui pode afirmar isso. E se não tem, vai ter. Então eu acho pertinente isso daí. Você colocar hábitos de vida, sintoma ou uso de medicamento. Já foi dito aqui também sintoma, o médico, nós colocamos isso na nossa apresentação da Unimed do Brasil, o médico tem a obrigação de dar o diagnóstico e muitas vezes é difícil. A gente tem que examinar duas, três, quatro vezes, pedir exames. Agora, como um leigo vai saber se está doente ou não, se nós não podemos perguntar hábitos de vida, se nós não podemos perguntar sinais do sintoma? Me parece absolutamente impertinente essa colocação. É só mais um para a gente terminar... Eu vou tentar falar... Ali ele está falando em junta médica, conforme já foi dito aqui anteriormente, junta médica, perícia, qualquer coisa que seja dado, uma junta médica, ele é sobre todos os aspectos,

inclusive do ponto de vista legal, uma perícia. Nada mais é do que você constituir três médicos que vão examinar o paciente e elaborar um laudo. Na realidade eles estão fazendo uma perícia, então eu quero colocar também como sendo um consenso, inclusive por parte do senador, a possibilidade de uma perícia para poder diminuir dúvidas. Eu acho que esse é um ponto importante. Só mais uma afirmação, perícia são duas pessoas pelo menos, você para fazer perícia, a perícia é feita, e vou te ensinar sem nenhuma... A perícia é feita por dois médicos, o médico... Toda perícia médica legal tem que ser feita por dois médicos. Está no código, é o médico relator e o médico revisor. E caso ocorra uma discordância entre esses dois médicos, será nomeado o terceiro médico para poder dirimir dúvidas. (risos). Bom, eu acho que não está ali, mas eu vou falar. A _ ela coloca dados como ditos invioláveis quando você pergunta. Eu acho que a violação de um dado, não é minha área, eu não sou advogado, mas a violação de um dado, é quando você obtém esse dado de forma fraudulenta, por isso você viola um dado, ou divulga. Agora, você perguntar a um cliente qual o seu peso, qual a sua altura, se você tem tosse, isso não é inviolabilidade de dado, até porque você perguntou a ele qual o seu nome e qual a sua idade. Ora, o nome e a idade é um dado, e ele revelou. Então por que que ele pode revelar um dado e esse não é inviolável, e quando se pergunta para ele qual o seu peso, qual a sua idade, o que você está sentindo, se trata de dado inviolável? Então eu também quero dizer que eu não acho pertinente isso daí, porque esses dados não são invioláveis, e ao contrário do que afirmam que está protegido pela constituição, e eu concordo que esteja protegido pela constituição, mas ele informar o seu dado não é violação, e vai de encontro ao que é sim protegido pela constituição que é a boa fé contratual. No contrato você tem que informar o que você está levando para que a outra parte possa formular esse contrato. Se ele está omitindo alguma coisa, ele obviamente está indo contra a boa fé contratual. Eu acho que perguntar qual a idade, o que ele está sentindo, se ele fuma, se ele toma um litro de cachaça por dia, eu acho que isso não é violação do seu status, só isso.

MARCELO BENATI – Meu nome é Marcelo Benati da Unimed Paulistana, eu vou procurar ser muito breve. Primeiro uma coisa que eu fico muito incomodado é realmente o termo perícia e entrevista qualificada. Isso eu acho que na nova resolução normativa precisa ter, o que é uma perícia e a entrevista qualificada. São coisas diferentes, correto? Muito se falou aqui sobre uma possibilidade de declaração de saúde eletrônica, só que para isso, essa declaração de saúde eletrônica, ela vai ter uma conferência dessa documentação, isso vai ser na corretora, a gente já tentou fazer isso, as corretoras não gostaram porque tiveram que contratar gente para fazer essa documentação, preencher essa documentação, analisar essa documentação e a corretora não gostou disso porque ia ter impacto financeiro para ela. Então, se por acaso vingar isso, tem que se colocar que o ONUS é da corretora e não da operadora. Na minha opinião. O colega da Unimed Brasil colocou do

processo administrativo... Apesar de a gente perder geralmente os casos, somente a menção do fraudador, porque ele é fraudador, que ele pode ser eventualmente colocado em processo administrativo e ANS julgar, ele não faz o procedimento. Isso configura que ele sabia ser portador do problema, e ele vai esperar o procedimento. Eu tabulo isso em 60% das vezes, a gente faz uma busca ativa da senha, ele não faz o procedimento, ele espera. Espera tranquilo. Ele tenta. Com relação a exames que a pessoa... Quando a gente vai fazer, a gente não falou aqui do termo de comunicação ao beneficiário, que é um evento posterior a entrada do plano de saúde. Ora, a (UNRITO?) tem que mandar vários documentos para a agência nacional de saúde, e entre eles um documento comprobatório que a pessoa sabia ser portadora do problema. Ora, ela fez um ultrassom, o médico ultrassonografista falou que ela eventualmente tinha uma pedra na vesícula, um cálculo no rim, depois ela passou no seu médico, num outro plano de saúde, um médico de sistema único de saúde... Essa pessoa está sabendo que ela tem o problema de saúde, e entra no plano de saúde, depois vai encarar como uma omissão de informação? Eu acho que isso tem que ser relevante. Na carta de orientação, última coisa, carta de orientação beneficiária acho que a gente devia colocar uma menção do peso de altura, porque na segunda reunião, se falou muito sobre o peso de altura que a gente sabe que é um absurdo o que acontece em relação a peso e a altura, ou a mentira de se colocar um peso que eu gostaria de ter, e não que eu tenho na verdade, eu acho que na carta de orientação ao beneficiário, poderiam colocar lá que... Beneficiário, você tem que colocar o seu peso, e a sua altura correta sobre risco de causar problemas futuros para ele, não sei se vocês concordam comigo, eu acho isso uma coisa interessante, é uma atualização da carta de orientação ao beneficiário, que mais uma vez eu falo, ela é magna. A carta de orientação ao beneficiário é fundamental que coloque-se duas assinaturas. Tem a data, o local, nome da pessoa e duas assinaturas da pessoa, ela repetir duas vezes a assinatura para ter certeza que ela assinou, que ela leu a carta de orientação ao beneficiário, porque com isso a gente resolve a questão e evita problema para a operadora para a agência nacional de saúde, de certa forma. Muito obrigado.

BENÍCIO – Quase boa noite... Benício do conselho federal de odonto. Eu acho que essa regulação veio em um bom momento porque o sistema de saúde ele vive dentro do sistema de __, no entanto nós sabemos que tanto de um lado como do outro, tem pessoas... Uns mais sabidos tanto de um lado como de outro, nós sabemos que tem usuários que entram no plano com o objetivo de posteriormente tirar vantagem. No entanto, nós temos que ter muito cuidado na regulação para aquelas pessoas que não conseguiram detectar uma doença preexistente, porque mesmo depois de uma entrevista, ou de uma perícia, ele não foi descoberto. E de uma hora para a outra, isso vem a tona e ele não __ penalizado. Então eu acho que esse cuidado nós vamos ter que ter. Por outro lado é a odonto, a odonto não foi citada. Só foi citada em algum momento que

dizia que a odonto não estava _ . A odonto na realidade, quase todos os procedimentos de odontologia é doença preexistente. O usuário entra para fazer o tratamento. Eu defendo que ela fique, no entanto fique a operadora no direito de colocar, de fazer o exame ou não. Mas que na odonto entra no plano, única e exclusivamente para fazer o tratamento e posteriormente ele sair. Então é a doença preexistente, na grande maioria. Então é isso.

RAFAEL – Obrigado. Quem mais gostaria? Por favor.

P/VOZ NÃO IDENTIFICADA – Eu acho que é importante até comentar em cima do que o colega está colocando ai, sem duvida nenhuma é muito comum nas operadoras odontológicas, acontecer do beneficiário ingressar no plano para fazer um tratamento. Mas o que a gente ressaltou é exatamente isso, que embora os procedimentos odontológicos tenham essa... Essa prática seja comum, a maior parte dos procedimentos odontológicos não são objetos de CTP, na legislação atual. Ou seja, embora o beneficiário ingresse para ter esse atendimento, ainda que eu observe a _ de CTP, esses procedimento não terão cobertura parcial temporária, eles não serão objetos de cobertura _ temporária. Então vai continuar sem efetividade ainda que eu faça uma declaração de saúde. Até por isso foi o pleito no sentido de que a legislação, a lei 9656, quando ela trata de doença e lesão preexistente, ela não limitou a cobertura parcial temporária, apenas a uso de leito de alta tecnologia, procedimentos cirúrgicos e procedimentos de alta complexidade. Mas sim, ela deixou isso no âmbito mais macro, mais aberto. E só a 162 que veio fazer essa limitação, por isso até o pleito no sentido de possibilitar a aplicação de CPT a qualquer procedimento relacionado a doença e lesão preexistente até nesse sentido, para trazer mais próximo da realidade dessas operadoras que tem esses procedimentos que não são objetos CTP com a legislação atual.

PAULO JORGE – Boa tarde, Paulo Jorge da Fenasaúde, eu só queria reforçar algumas coisas que o Sandro comentou, assim, a nossa impressão e a nossa visão é que desde a primeira reunião foi comentado que a gente está tratando aqui obviamente de um grupo e o risco que a gente está vendo é um grupo que é pequeno, mas que a gente proteger aquele individuo que tenta esconder deliberadamente, e isso é a minoria, não tenho duvida, é uma informação que ele já tem. Esse individuo ele traz um risco de desequilíbrio para o sistema, e quando a gente fala risco, é risco para os atuais beneficiários, porque o custo é sempre repartido para os consumidores que hoje estão no sistema de saúde. Quando a gente fala em ter informações, e que essas informações obviamente você possa, em uma linguagem leiga, se comunicar com o cliente, falando de hábitos de vida, de sintomas e de uso de medicamentos, é obvio que não se trata de colocar uma DLP, de afirmar que é uma DLP, ou colocar uma CPT em cima de um sintoma, ou de um hábito de vida. Isso é obvio que é um pensamento que não passa pela cabeça, obviamente, de quem é médico, e esse pensamento todo aqui está calcado em uma visão médica. Então a ideia é

que a gente consiga entender se aquele indivíduo ele possa ter uma doença, e ai orienta-lo de como ele deve preencher a declaração de saúde, ou eventualmente mostrar que ele tem alguma condição que precisa durante a cobertura aguardar um período para que ele tenha plenamente coberto, e passado o período da CPT. Então eu concordo que, se a gente de fato permite que o indivíduo que tem ciência de uma informação e omite, ele entre... Durante esses 24 meses, a única previsão que resta é ele cumprir o restante daqueles meses, isso para ele não tem um caráter primitivo algum. Ele vai para o risco. O corretor informa ele, erradamente, é melhor você não dizer nada, ele tem uma preocupação de curtíssimo prazo, e o indivíduo fica na sorte. Se tudo correr bem, está tudo ótimo, tudo maravilhoso. Se tudo não correr bem, eu entrar aqui e alguém suspeitar que eu tenho uma doença lesão preexistente, o único risco que eu tenho é cumprir mais uns meses. Então para ele, e eu estou falando mais uma vez, o individuo que deliberadamente omitiu uma informação, a esse individuo não há nenhuma punição, e como não há, não há também incentivo para que a coletividade haja da forma correta. Então essa é uma coisa muito importante. Outra coisa que a gente discutiu muito na Fenasaúde é que a gente entende que a agência talvez não tenha que se preocupar em criar cenários ou fluxos, isso tem que ficar a cargo da operadora montar o fluxo, que atendendo as premissas que a agência definir, a gente consiga traçar qual é o fluxo melhor que se adapta a nossa operação naquela determinada região. Lembrem-se que a gente está falando de operadores dos mais diversos tamanhos em diversas, obviamente, regiões desse país. Então se houver a obrigatoriedade de qualquer coisa, isso não funcionará, isso trará um custo para os beneficiários, que é impossível da gente colocar... Adicionar esse custo online. A gente está falando de um sistema que já está com o custo muito alto, e se a gente burocratizar ele dessa maneira, a gente está adicionando um custo _ . Então vocês estão ouvindo aqui pessoas dizendo “esse custo não é da operadora, da corretora, ah eu quero aproveitar esses exames”. Você vê como é o temor de cada burocratização do processo adicione um pouco de custo a um cenário que hoje já é muito complicado, a dona Cândida que representa os consumidores deve saber, que não quer adicionar mais nada. Então o que eu acho que talvez a agência possa se preocupar em definir realmente as regras básicas. Agora o fluxo, se vai a entrevista qualificada, se eu pego a declaração de saúde, é obvio que as empresas vão pegar a declaração de saúde com o raciocínio médico, e vão olhar. Olha, isso aqui, sexo, faixa etária, ramo de atividade da pessoa, eu acho que ele não precisa fazer algo mais aprofundado, esse aqui eu acho que sim... Em uma operação que é totalmente verticalizada e eventualmente você tenha uma ociosidade, você consegue absorver perícia, mas acho que não. Você não consegue, o volume é muito alto. Têm operadoras como a Unimed Rio demonstrou que o volume de novos entrantes mensais e novas propostas, impossibilita você de ter um fluxo único para todos os clientes. Enfim, era isso que eu queria comentar. Eu esqueci o último comentário, portanto, passo.

RAFAEL – Tranquilo Paulo, se você lembrar...

PAULO JORGE – Lembrei. Eu queria fazer também uma __. Nós estamos no século 21, quando a gente fala de internet, para as pessoas internet significa rapidez, agilidade e simplificação. Então a gente não pode deixar de pensar na internet como um meio da gente fazer, comercializar dentro do nosso sistema. Isso é feito em qualquer país do mundo que tenha sistema periódico. Não há nenhum problema nisso, é obvio que empresas vão se cercar de alguma forma, de meios de garantir que aquela é a pessoa que preencheu os dados, ou que os dados estão sendo preenchidos, mas vamos combinar que isso é um dos ONUS que a operadora vai ter que ter se quiser trilhar esse caminho, mas a internet, o seu preenchimento de declaração de saúde proposta, a gente fica preocupado. Isso... Não pode, eu tenho que ver o que a PROGE vai falar disso... Tudo bem, vamos ver o que a PROGE vai falar disso, mas pelo amor de Deus, isso é simplificação, isso é agilidade, isso é redução de custo, é tudo que a gente quer nesse sistema. Os consumidores, a agência, as operadoras e e as empresas. É tudo que a gente quer, então lembra disso, porque a internet é sem duvida um meio desejável para esse sistema.

CRISTIANA – Eu acho gente, que realmente está bem claro que existe nessa discussão aqui um pouco de confusão de conceitos, o que é entrevista qualificada, quem que pode auxiliar o beneficiário em uma entrevista qualificada em relação a sua condição, são coisas diferentes. O que é perícia, então acho que existem diversas gradações nessa verificação que hoje está normatizada sobre a condição de saúde, e de um determinado beneficiário. Então acho que a regulamentação deveria trazer de forma bem clara, cada um desses conceitos, e aí a questão da internet, ela cabe quando ele está substituindo talvez um telefonema para fins de esclarecimento ou é para fins de entrevista, quem pode fazer? É só um médico, ou um profissional da área de saúde? A perícia precisa ter o exame físico, então vai precisar ser presencial. Precisa ser um médico ou dois, precisa ser médico? Então eu acho que a gente deveria definir quais são esses instrumentos que estariam disponíveis, hoje para alguma operadora basta a declaração de saúde, para a outra precisa passar por perícia, para outra precisa passar por telefonema, uma entrevista para permitir ao seu final a retificação da declaração de saúde. Então hoje acho que o mercado já atua de diversas formas, eu acho que seria interessante se a gente pudesse mapear as práticas atuais, e selecionar as boas práticas e deixa-las disponíveis para o mercado atuar. Não temos dúvidas de que submeter todos os beneficiários a um exame que seja físico, presencial como um médico, e mais considerando essa informação da Unimed, por exemplo, de que 60% das pessoas que a agenda não comparece, então você está falando de médico que está lá plantado, sem fazer absolutamente nada. E o custo desse profissional ali, não está excessivo? Não parece ser uma otimização de recursos, você ter uma estrutura que ao final tem médico lá. E quem está

pagando por isso? É o mutualismo, é mutuo, é o grupo, então... Eu acho que a gente poderia, na medida do possível, mapear quais são as ferramentas atuais praticadas pelo mercado, selecionar as que são melhores práticas e deixar um pouco cada operadora utilizar o que acha que é de melhor prática para si. Então se em um primeiro momento para mim, olha, eu vou fazer só a declaração de saúde e acabou. Daqui algum tempo deixei entrar muita gente, então eu vou começar a introduzir outros que a legislação me permite de ferramentas para poder fazer uma melhor blindagem na entrada para que esteja todo mundo entrando com a... A regra seja aplicada da mesma forma para todos.

LUCIANA – Luciana, ANAB. Primeiro agradecer a oportunidade de ter participado dessa câmara. Uma coisa que me deixou feliz, eu acho que nós conseguimos muitos consensos aqui, e aí a minha pergunta vem em relação aos próximos passos porque eu acho que a gente precisa ter, pelo menos eu gostaria de ter um feedback desse grupo que se reuniu, que ficou aqui durante essas quatro reuniões, que como vocês mesmo reconheceram, evoluiu bastante, evoluiu no sentido de buscar consensos, a gente conseguiu muitos consensos, então... Eu gostaria de saber de vocês os próximos passos, se a gente vai ter esse retorno, como é que a gente vai ficar sabendo o que vai aproveitar disso tudo que foi falado aqui, dos consensos que nós chegamos aqui.

CÂNDIDA – Ela lembrou uma coisa que realmente, se botar em consulta pública e de repente vem uma maluquice do país inteiro, aí derruba essas quatro reuniões que a gente foi evoluindo, foi aprendendo, negociando, eu entendo que para mim é até difícil entender que existe alguém que vá com a intenção de fraudar o seguro de saúde, mas... Como está todo mundo agora rouba, e enfim. Eu fico assim, fiquei surpresa, nunca podia imaginar que uma coisa dessa acontecia, mas... Então esse negócio de saber da consulta pública, porque eu tenho medo, toda consulta pública do governo, primeiro que as minhas nunca parecem lá. As que eu dou não aparecem, e aparece umas loucas que entram e o governo aceita, entendeu?

RAFAEL – Tá bom. Bem pessoal, só para esclarecer alguns pontos que ficaram aqui, eu acho que foi bastante interessante essa discussão... Opa desculpa, por favor.

ELIANE GUIMARÃES – Bom, Eliane Guimarães da Unimed Rio. Só reforçando um pouquinho os comentários da Fenasaúde, a respeito do mutualismo, reforçar um pouquinho a questão da estabilidade da carteira, nós fizemos um dado que eu acho que é bem interessante, nós fizemos um estudo na Unimed Rio de utilizações desses clientes que tinham uma DLP sabida e não ratificada na entrevista, quando nós convocamos essas pessoas, no momento em que elas estavam pedindo o procedimento, elas não ratificaram e nós fizemos um

estudo de continuidade desses clientes na carteira. E nós identificamos o seguinte, de 60 a 65% desses clientes, saem de quatro a seis meses depois do procedimento realizado, e isso acaba com qualquer conceito, porque ele saiu, deixou custo e ele não traz a receita depois para a operadora do tempo que ele ainda iria ficar na operadora, então ele entrou para utilizar nesses casos em que houve, dessa minoria de clientes que vão com a intenção, mal intencionados e com a fraude mesmo. É um dado importante para a gente, a gente fez esse estudo lá e foi bem interessante.

RAFAEL – Com certeza é um dado interessante. Pode falar

P/VOZ NÃO IDENTIFICADA – Olha, é para a colega que perguntou sobre a obrigatoriedade da entrevista médica ser realizada por médico. É obrigatório que seja por médico. Na declaração de saúde, tem lá um campo para que a gente assine e carimbe com o nosso CRN. Então na própria declaração de saúde já foi orientada por médico, ou não foi orientada por médico? Então não pode ser enfermeiro, não. É médico que faz a entrevista médica. Isso ai é só porque... Como isso ai já está uma coisa tão clara eu quis responder para a colega, desculpa Rafael. A outra coisa, essa ai eu quero perguntar para você. A colega da Abrange falou sobre a colocação de peso e altura, na declaração de saúde. Nós da Unimed Rio, nós não aplicamos CPT, mesmo quando a pessoa coloca um peso e uma altura compatível com IMC de 50, e ela declara não, porque existe a pergunta se é obesa. A pessoa tem o IMC de 50, porém declara não. Nós da Unimed Rio, não aplicamos CPT nesta situação. Então eu queria saber se todos fazem dessa maneira e se a ANS entende isso ai também como correto, porque é o que hoje nós fazemos. Nós não aplicamos CPT. A pessoa tem que falar que é obesa, só nessa situação é que nós aplicamos, apesar do IMC ser de 50. Não sei Rafael, qual é a... Só mais uma coisa, a outra coisa é aplicar CPT para todos os eventos ligados a doença preexistente, nós corremos o risco de negar procedimentos de urgência e emergência para aquela doença declarada. Então é uma coisa que a gente tem que tomar cuidado com essa possibilidade, porque a urgência e a emergência tem um tempo de carência muito claro, mesmo quando a doença é preexistente. Então a gente tem que tomar cuidado com isso ai.

OTELLO – Otelo do Sindicato dos médicos de São Paulo. Eu tenho uma preocupação, a colega aqui da Unimed, esse dado IMC, por exemplo, o _ da IMC que é peso e altura, é semelhante a todos os outros. Frequência cardíaca, hipertensão, então eles muito corretamente usam essa informação. Então isso é sem duvida descobrir a individualidade do individuo com essa informação. Então esse é um cuidado que tem que tomar. Isso obviamente, IMC hoje é significativo de uma patologia, antigamente era só um status social. Obesidade hoje é considerado uma patologia e todo mundo sabe disso. Essa é uma questão só esse comentário. Um outro comentário é em relação que é uma questão pacífica aqui que eu entendo que é a questão da informática, é perfeito

isso. Mas eu queria lembrar aqui, que 20, quase 13% da população, é uma população de faixa etária maior, que tem acima de 60 anos, isso em 2050 seremos, porque eu sou um deles, em 25%. O que é um número impressionante. Eu costumo fazer uma pergunta para certas pessoas e pergunto o seguinte, quando você estudava, você usou máquina de escrever? Se ele respondeu que sim, pronto, esse vai ter dificuldade com informática com poucas exceções. Então é um grupo grande que é quem mais usa o plano de saúde, e a informática não se _ normalmente com eles. Quem pega fila de velhinho no banco? Às vezes você pega sujeito lá que ele não sabe o número, ele não sabe... Vocês sabem disso, então tem que ter essa preocupação também. Então teria que ser feito de uma forma que atendesse esse grupo populacional, porque se não nós vamos causar um transtorno maior do que está sendo hoje, tá certo? Eu entendo isso, que é a administração de plano e saúde, tem que resolver e tem que agilizar, mas essa é uma questão pertinente. Só esse comentário.

P/RAFAEL – Muito obrigado. A Luciana quer falar, só um minutinho Virginia... Depois é a Virginia. Luciana, por favor.

LUCIANA – Só para complementar porque eu vi que esse assunto foi colocado e assim, como a ANAB trouxe em primeira mão, e eu vi que isso pegou em todas as outras e também acabaram propondo essa questão da internet, quer dizer, isso na verdade, a gente está fazendo como uma alternativa. Não significa que seja uma coisa obrigatória, que seja um único caminho, um único veículo. É obvio que a gente respeita e a gente sabe que ainda tem uma parcela significativa, e isso de forma alguma seria uma obrigação para o nosso consumidor. A ideia é que a gente dê mais uma possibilidade, mais uma alternativa que é viável, e a gente acha que todos aqueles motivos que já foram falados aqui, nosso colega falou bem da Fenasáude que já foi, de agilizar, de reduzir custo. As vezes as pessoas idosas também que entendem de informática e preferem, quer dizer, preferem isso do que terem que se deslocar, de fazer, a questão da segurança também, quer dizer, muitas vezes o que foi colocado aqui em relação a corretores, colocar tudo não, nessa possibilidade de repente colocando uma declaração de saúde, com senha, o próprio consumidor é quem vai preencher sua declaração. Então tem vários aspectos positivos, mas isso, só deixando frisado já que eu trouxe aqui desde a primeira reunião essa possibilidade de utilização do website, foi como mais uma alternativa.

VIRGINIA – Eu queria complementar essa questão da nossa proposta de cobertura parcial temporária ou qualquer aplicação nas regras de doença e lesão preexistente, ser relacionada não só a uso de _ em tecnologia, procedimentos de alta complexidade. E ai entraria sim a urgência e emergência, porque a gente pleiteia em nome do mercado como um todo, e ai é um direito de cada operadora criar suas regras e padronizar em termos

negociais se ela vai ou não aplicar. Então, embora hoje a Unimed RIO tenha expressado que não faz isso para urgência e emergência, mas até o cânsul 13 ela é expressa da possibilidade de poder, o artigo 6º ele trata como é que deve ser dado o tratamento no caso de urgência e emergência para a cobertura parcial temporária, então... Como uma regra mercadológica que vai valer para qualquer operadora, é sim o nosso pleito, inclusive para situações de urgência e emergência como hoje já é previsto no cânsul 13.

RAFAEL – Bem, mais alguém? Não. Vamos lá, deixa eu só colocar alguns pontos aqui, porque como a gente já estava adiantado na hora, eu deixei o debate seguir porque são algumas coisas importantes que... É, tem debate hoje mais tarde. Vamos lá. Bem rapidamente, eu acho que alguns conceitos foram bem colocados, da gente esclarecer alguns conceitos que já estão até na norma que é a questão da perícia, da entrevista qualificada, isso eu acho importante que surgiu até aqui no grupo técnico para a gente esclarecer conceitos de deixar a norma cada vez mais clara. Uma proposta, salvo engano foi da Abrange, da questão do conceito de perícia... Eu acho que essas contribuições que vieram da câmara técnica... E a discussão foi excelente, porque ela foi amadurecendo aos poucos, e agora a gente chegou no momento em que a discussão se qualificou em um termo, até o próprio nome diz, da qualificação da entrada, e a discussão está nesse sentido, de que a gente consegue transitar no cenário da DLP, do processo, demonstrando o que a gente tem que melhorar, e aí, independentemente dos cenários, das contribuições, de uma série de outras coisas que foram colocadas pela agência, eu acho que o que ficou demonstrado foram os nossos prós, que a carta de orientação foi elogiada, a gente pode determinar. Outra questão que foi colocada a burocratização da entrada, uma coisa importante a frisar é que a gente não vê com maus olhos a internet, muito pelo contrário, só que nós, como todo procedimento normativo, quando a gente muda uma RN, a gente precisa da consulta prós, por isso que eu não posso chegar aqui antecipadamente e garantir que vai ser feito isso... A gente faz a consulta tanto da questão da internet quanto da questão telefônica. Eu acho que foi muito bem colocada a questão do mutualismo que eu acho que é um conceito importante... A questão que foi colocada dos idosos, porque, embora tenha sido na questão da internet, mas é um grupo que preocupa bastante a agência, até pela questão do acesso do idoso no plano de deixar claro para ele como é feito esse acesso, esclarecer, deixar transparente, deixar de linguagem fácil, e é justamente essas contribuições que a gente teve. Eu acho que é importante frisar aqui enquanto a gente está finalizando a câmara técnica, que, qual é o nosso objetivo? A gente colocou aqui. Nós, desde o início a gente sempre quis qualificar e aprofundar essas discussões. Nosso dever de casa agora, chegando na agência, é juntar todas essas contribuições que foram bastante qualificadas, bastante interessantes para levar a consideração da diretoria colegiada e posteriormente trazer de novo a discussão em uma consulta

pública, abrangendo o leque de contribuições, por quê? Consulta pública a gente analisa realmente todas as contribuições, leva em consideração todas, independentemente do assunto. E então esse é o nosso objetivo. É importante deixar claro aqui na região, e isso não impede, isso não omite a possibilidade de que nós sejamos procurados e aí eu coloco a gerência geral a disposição para quaisquer esclarecimentos, dúvidas... “Olha eu quero saber como é que está o andamento”, não tem problema, procura a gente, a gente atende, tenta esclarecer, nosso objetivo é trabalhar com a máxima transparência possível, e até porque o processo normativo da agência é assim, e um compromisso que a gente tem aqui é que é nosso interesse lá na GGOP, todo o processo de alteração normativa ou de criação de norma, sempre tem essa construção com todos os players, com todos os atores do cenário, a sociedade, os órgãos de defesa do consumidor, as operadoras, todos os participantes que enriqueceram essa câmara técnica para que a gente chegue em uma normatização prévia que ainda vai para uma consulta pública para que ao final a gente tenha um normativo qualificado, transparente, e que efetivamente seja cumprido por todos e que melhore ainda mais o setor. Esse é o nosso objetivo aqui. E aqui nesse momento eu agradeço a contribuição, a atenção de todos. Foi bastante interessante. Volto a colocar a gerência geral a disposição, o que vocês tiverem de dúvida, o que a gente puder ajudar para vocês, eu acho que é importante esse feedback, essas propostas para que a gente possa construir uma normatização, uma regulação melhor para o setor, e para que a gente possa ter um normativo cada vez mais incrementado e que seja de comprimento fácil por todo mundo. Por favor... Só para fechar...

P/VOZ NÃO IDENTIFICADA – Se mudou alguma coisa gente, porque agora até eu, a coisa complicou. O que eu tenho conhecimento, eu acho que todos nós aqui estamos desde o início discutindo e para nós é muito claro, é que urgência e emergência tem uma carência de 24 horas. Isso aí, desde o início é uma coisa muito clara. Agora, isso eu só estou comentando por causa... Para doença preexistente não importa. Se é urgência, é urgência.

RAFAEL – Eu acho que o que foi colocado pela Virginia, Virginia fica a vontade para colocar. A proposta deles é que seja colocado isso, não é isso Virginia? Não? Por favor.

VIRGINIA – Não. Hoje o artigo 6º da CONSU 13, ele já disciplina qual é a forma de garantia de atendimento nos casos de doença e lesão preexistente. Ele fala que quando o beneficiário estiver com cobertura... Posso até ler aqui, quando ele estiver sob cobertura parcial temporária, a cobertura ser garantida nos casos de urgência e emergência, será igual aquela equivalente a cobertura ambulatorial.

(duas pessoas falando juntas – trecho ininteligível)

P/VOZ NÃO IDENTIFICADA – Você está com uma informação antiga, agora que eu entendi. Você está... (duas pessoas falando juntas – inaudível)

RAFAEL – Não, não, veja bem, o que ela colocou é quando o beneficiário estiver em comprimento de CPT, que é a normal da consul 13. É o artigo 6º que é o mesmo atendimento da cobertura ambulatorial que são as 12 horas, depois do atendimento se for necessário o atendimento, tem que ser feito negociação... Aquelas normas que estão lá, acho que foi isso, não foi?

(duas pessoas falando juntas – ininteligível)

~~VIRGINIA~~ VIRGINIA GRAÇA BELO – (...) mas como veio cobrando 24 horas para urgência e emergência...

RAFAEL – Não, isso aí é questão do prazo de carência, entendeu?

~~VIRGINIA~~ VIRGINIA GRAÇA BELO – Sim, mas imagina alguém que tenha declarado que é ____, ele declarou, ok. Ele tem um mês de contrato, ele vai morrer na fila do SUS?

RAFAEL – A garantia do atendimento é garantido nas 12 primeiras horas, se ele está em comprimento de CPT, isso é importante deixar claro. Ele está CPTado, como geralmente o termo popular fala, ele tem o atendimento garantido nas 12 primeiras horas. É isso que a cônsul fala, que a cônsul está em vigor.

~~VIRGINIA~~ VIRGINIA GRAÇA BELO – Rafael, tem a coisa... Tanto que no contrato a urgência e a emergência é 24 horas. Pronto.

RAFAEL – Tá bom. É, eu acho assim, acho pertinente. Agora, a gente tem que cumprir o normativo, é importante verificar o que a Virginia colocou, mas já... Bem pessoal, independentemente dessa questão, acho que a gente pode discutir isso também, mas aqui no ___ eu agradeço a atenção de todos, agradeço a participação, a contribuição. Obrigado mais uma vez, e a gente está à disposição. Obrigado.

(Observação: As alterações acima foram solicitadas pela Sra. Virgínia Rodarte através do ggeop.dipro@ans.gov.br em 06/11/2014.)