



**GOVERNO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE**



## **Ata da 69ª Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS**

Data: 08/12/2011

Local: Hotel Pestana, Av. Atlântica, 2964 – Copacabana

Salão São Pedro da Aldeia/TR

Rio de Janeiro – RJ

1 **ABERTURA** – No dia oito de dezembro do ano de dois mil e onze, no Hotel  
2 Pestana, Av. Atlântica, 2964, Copacabana, Salão São Pedro da Aldeia/TR – Rio de  
3 Janeiro - RJ, teve início a Sexagésima Nona Reunião Ordinária da Câmara de  
4 Saúde Suplementar, órgão integrante da Agência Nacional de Saúde Suplementar  
5 (ANS), de caráter permanente e consultivo, nos termos do Parágrafo Único, do  
6 artigo 5º e artigo 13, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, combinado com o  
7 artigo 4º da Medida Provisória nº 2.177, versão 44. A reunião foi presidida pelo **Sr.**  
8 **Mauricio Ceschin**, diretor-presidente da ANS, estando presentes os membros  
9 titulares e suplentes conforme lista de presença apensa. O **Sr. Mauricio Ceschin**  
10 (ANS) deu início aos trabalhos justificando a ausência da Força Sindical, por  
11 compromissos anteriormente agendados. Comunicou sobre a alteração de membros  
12 da CAMSS, onde foram incluídos: Geraldo Almeida Lima, como Titular do Sindicato  
13 Nacional de Empresas de Odontologia de Grupo; Osvaldo de Albuquerque Souza  
14 Filho, como Suplente do Conselho Federal de Enfermagem e José Augusto Peres  
15 Filho, como Titular do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Informou que  
16 as alterações e sugestões à ata da 68ª reunião da CAMSS apresentadas pelo **Sr.**  
17 **Egberto Miranda Silva Neto** (UNIODONTO) e pela **Sra. Denise Eloi de Brito**  
18 (UNIDAS), haviam sido acatadas. Em seguida, passou a palavra ao **Sr. Bruno**  
19 **Sobral** (ANS) para o primeiro item da pauta, que teve a seguinte dinâmica: I –  
20 **INFORMES: 1.1. Resoluções Normativas publicadas; 1.2. Câmaras Técnicas e**  
21 **Grupos de Trabalho; 1.3. Grupo Técnico do Novo Modelo de Reajuste; 1.4.**  
22 **Agenda Regulatória. 2. Apresentações e Debates; 2.1. Aprovação do**  
23 **Calendário de Reuniões; 2.2. Programa de Conformidade Regulatória; 2.3.**  
24 **Câmara Técnica do Pool de Risco.** Passando ao ponto: I – **INFORMES: 1.**  
25 **Resoluções Normativas publicadas**, o **Sr. Bruno Sobral** (ANS) informou que a  
26 RN 270, publicada em 11/10/2011, trouxera critérios mais claros para análise e  
27 aprovação de pedidos de autorização para transferência de controle societário e  
28 para incorporações, fusões, cisões e desmembramentos envolvendo operadoras.  
29 Destacou que essa RN tornava o procedimento menos burocrático e mais focado na  
30 análise da situação administrativa e econômico-financeira da operadora envolvida.  
31 Apontou que a RN trazia esclarecimentos de que a ANS monitoraria a concentração  
32 de mercado, sem prejuízo da competência do CADE para decidir sobre aprovação  
33 de operações que gerassem concentração de mercado além de ter passado a  
34 prever que a requerente apresentasse relatório indicando os objetivos visados e  
35 estimando os efeitos assistenciais e econômico-financeiros da alteração do controle  
36 da operação societária. Sobre a Resolução Normativa 272, de 21/10/2011, informou  
37 que esta modificava a forma de contratação da rede assistencial de outras  
38 operadoras pelas entidades de autogestão, que passavam a poder contratar de  
39 forma indireta, fora do município sede da operadora ou fora dos municípios onde a  
40 operadora mantinha representações regionais. Apontou ainda que a RN estabelecia  
41 que as pessoas vinculadas aos instituidores poderiam fazer parte do Plano de  
42 Saúde de Autogestão, se o instituidor fosse patrocinador do plano. Sobre a  
43 Resolução 274, de 21/10/2011, observou que trouxera benefícios que impactariam

44 positivamente especialmente as pequenas e médias operadoras. Destacou que  
45 alguns benefícios atingiriam todas as operadoras, entre eles a ampliação do prazo  
46 para recursos em procedimentos administrativos sancionadores e o envio de  
47 demonstrativo de fluxo de caixa que passará a ser trimestral, salvo por operadoras  
48 em plano de recuperação. Como benefícios específicos para as pequenas e médias  
49 operadoras, destacou que estas passarão a ficar dispensadas da discriminação por  
50 unidade federativa dos eventos informados ao SIP e dispensadas do envio do  
51 parecer de auditor independente pelos dados do SIP. Destacou ainda que passava a  
52 ser opcional para as operadoras de pequeno e médio porte a vinculação de ativos  
53 garantidores para provisão de eventos a liquidar menor que 60 dias. Passando a  
54 palavra ao **Sr. Eduardo Marcelo de Lima Sales** (ANS), este informou que a  
55 Resolução Normativa n.º 276, publicada em 04/11/2011 estabelecia procedimentos a  
56 serem observados nos inquéritos administrativos aplicados à liquidação extrajudicial  
57 das operadoras de planos de assistência à saúde, por força do Art. 24 D da Lei  
58 9656/98. Destacou que a nova RN atualizava o rito, com vistas a racionalizar e  
59 assegurar uniformidade de procedimentos e maior rendimento na condução dos  
60 inquéritos. Apontou como uma das principais inovações a eliminação da  
61 necessidade de criação de comissões para realização dos trabalhos, o que permitiria  
62 uma distribuição de tarefas mais eficaz e um fluxo de trabalho mais flexível,  
63 otimizando a utilização dos recursos humanos da ANS. Sobre a Resolução  
64 Normativa 277, publicada dia 07/11/2011, esclareceu tratar-se da instituição do  
65 programa de Acreditação de Operadoras, de caráter opcional, e que se apresentava  
66 como um instrumento regulatório estratégico, na medida em que era capaz de  
67 diminuir imperfeições do mercado, ao mesmo tempo em que permitia que as  
68 operadoras conhecessem melhor seu próprio negócio, possibilitando a identificação  
69 e resolução de problemas com mais consistência, segurança e agilidade. Apontou  
70 que o Programa tinha a finalidade de estimular a adoção das melhores práticas por  
71 parte das operadoras, desenvolvendo condições para o estabelecimento de uma  
72 competição qualificada no mercado. Observou que o normativo que tratava do  
73 Programa de Acreditação de Operadoras, em conjunto com outros publicados pela  
74 ANS no 2º semestre de 2011 refletiam uma nova fase da regulação econômica do  
75 setor, na qual a regulação buscava evoluir do tradicional formato de comando e  
76 controle, em que o órgão governamental editava determinações e impunha  
77 penalidades em caso de descumprimento, para um modelo mais moderno, que  
78 procurava induzir comportamentos e escolhas socialmente desejáveis. Sobre a  
79 Resolução Normativa n.º 279, publicada no dia 25/11/2011, informou que a norma  
80 assegurava aos demitidos sem justa causa e aos aposentados, o direito de  
81 manutenção da condição de beneficiários com cobertura idêntica à vigente durante o  
82 contrato de trabalho, e que portanto, a norma trouxera maior segurança aos  
83 beneficiários de planos de saúde coletivos empresariais. Apontou que para ter direito  
84 ao benefício, os desempregados precisavam ter contribuído para o pagamento do  
85 plano de saúde. Destacou também que a norma previa a portabilidade especial para  
86 estes beneficiários. Passando ao seguinte item, **1.2. Câmaras Técnicas e Grupos**  
87 **de Trabalho**, explicou que a Câmara Técnica de Ajuste ao Patrimônio para fins de

88 Patrimônio Mínimo Ajustado e Margem de Solvência objetivava discutir com os  
89 representantes do setor a alteração da IN n.º 38/2009, da DIOPE, que tratava dos  
90 ajustes econômicos que deviam ser feitos ao patrimônio das operadoras para  
91 verificação do atendimento às exigências do Patrimônio Mínimo Ajustado e de  
92 Margem de Solvência. Informou que a primeira reunião fora realizada no dia 10 de  
93 novembro de 2011, na qual foram apresentadas as propostas iniciais da DIOPE que  
94 previam: a revisão de alguns dos ajustes atualmente existentes; reescalonamento da  
95 exigência de margem de solvência decorrente da revisão e priorização na definição  
96 do reescalonamento do esforço de capitalização das operadoras para atendimento  
97 às exigências de provisões técnicas e de ativos garantidores. Destacou que a  
98 próxima reunião deveria ocorrer em fevereiro de 2012, tendo previsão inicial de que  
99 o novo normativo valesse a partir de junho de 2012. Com a palavra o **Sr. Bruno**  
100 **Sobral** (ANS), este destacou duas resoluções da Agência. A RN 267, publicada no  
101 dia 25 de agosto de 2011, que tratava do Programa de Divulgação da Qualificação  
102 dos Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar e a RN 275, que era a RN do  
103 QUALISS - o Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviço  
104 na Saúde Suplementar. Observou que essas normas seriam tratadas ao longo do  
105 ano de 2012 pelo Comitê de Gestão dos Programas, o COGEP. Informou que o  
106 objetivo dessas normas era trazer para o consumidor e para o mercado em geral,  
107 informações sobre a qualificação de prestadores e trazer também, dentro do  
108 programa QUALISS, resultados objetivos de qualidade de hospitais e laboratórios  
109 como uma forma de dar ao consumidor mais poder de escolha. Com relação ao  
110 COPISS, o Comitê já existente que tratava do TISS e da TUSS, informou que a  
111 consulta pública n.º 43 ainda estava em fase de análise pelo Comitê, em conjunto  
112 com 63 técnicos representantes de operadoras prestadoras de serviços de saúde e  
113 convidados. Apontou que foram recebidas 16.743 contribuições, tendo já sido  
114 analisadas mais de seis mil. Informou que aproximadamente 9.700 eram referentes  
115 a terminologia, e 557 contribuições para outros pontos da consulta. Destacou que na  
116 49ª Reunião do COPISS, seria feita a apreciação do componente de conteúdo e  
117 estrutura consolidado com o resultado das 6.486 contribuições analisadas. Por fim,  
118 informou que dentro do COGEP foram criados três grupos de trabalho: i) Grupo de  
119 Trabalho de Divulgação; ii) de indicadores hospitalares e iii) de indicadores de  
120 serviços auxiliares de diagnóstico e terapia em clínicas ambulatoriais. Informou que  
121 as reuniões seriam bimestrais, com a próxima marcada para o dia 13/02/2012. Com  
122 a palavra o **Sr. Eduardo Marcelo de Lima Sales** (ANS), informou que a Diretoria de  
123 Gestão realizara em 2011 uma Câmara Técnica sobre o Programa de Qualificação,  
124 com revisitação das quatro dimensões e seus respectivos pesos. Informou que  
125 foram convidadas a Amil, Sul América, Cassi, GreenLine e Unimed Rio para  
126 participarem de um projeto piloto para aferir a qualidade do questionário de  
127 qualificação. Agradeceu às operadoras que se dispuseram a participar,  
128 destacando que isso ajudaria muito a qualificar e aprimorar o programa de  
129 qualificação, mudando a metodologia para medir satisfação pela satisfação e não  
130 pela insatisfação, como atualmente constava do próprio Programa de Qualificação.  
131 Sobre o item **1.3. Grupo Técnico do Novo Modelo de Reajuste**, o **Sr. Mauricio**



**Ceschin** (ANS) informou que o Grupo Técnico do Novo Modelo de Reajuste realizou sua quinta reunião em 30/11/2011 e, na ocasião, foram apresentados os resultados dos estudos realizados para a nova metodologia do reajuste, com base no modelo *price cap*, informando também que, após algumas análises, concluiu-se pela inaplicabilidade do modelo para o reajuste em 2012. Passando ao item **1.4. Agenda Regulatória** informou que fora concluído 52% dela em 2011, o que significava que a ANS estava em dia com o cronograma. Dentre as metas atingidas, listou i) a resolução normativa sobre prazos máximos de atendimento; ii) a reformulação do portal da agência; iii) a informação comparativa entre operadoras e prestadoras disponíveis no site; iv) o avanço do modelo de mobilidade e portabilidade de carências; vi) o fato de mais de um milhão de beneficiários migrarem de planos antigos para planos novos, com arcabouço legal como proteção desses planos; vii) o Programa de Envelhecimento Ativo; viii) a criação de indicadores sobre atenção ao idoso, dentre outros avanços e processos em andamento. Passando ao ponto **2. Apresentações e Debates; 2.1. Aprovação do Calendário de Reuniões de 2012** apresentou as datas programadas e solicitou que se houvesse algum impedimento nestas datas, os membros avisassem à Diretoria. Após aprovação do calendário 2012, passou-se a palavra à **Sra. Rosana Neves** (GGEFP/DIPRO/ANS), que fez a apresentação do item **2.3 Câmara Técnica do Pool de Risco**, iniciando por lembrar que o eixo constava na Agenda Regulatória com o tema Incentivo à Comercialização de Planos Individuais. Fazendo uma introdução, apontou existirem planos registrados e comercializados como planos coletivos, mas que em sua essência tinham características que se assemelhavam à dos planos individuais. Apontou que esses planos coletivos possuíam perfil de risco individual e causavam uma distorção na carteira de planos coletivos, que se dava através de um alto índice de sinistralidade observada. Destacou que a receita auferida pelos contratos desses planos não era suficiente para cobrir as respectivas despesas e, como consequência, eles necessitavam de reajustes elevados para se manterem financeiramente equilibrados. Apontou que a alegação das operadoras para não comercializar mais planos individuais se pautava na baixa governabilidade sobre a margem de lucro por conta do controle de reajuste pela Agência e pela impossibilidade de rescisão unilateral desses contratos. Em razão desses fatores, foi verificado um movimento migratório de comercialização de planos individuais para coletivos. Informou que fora feito um estudo observando-se a base do RPC, onde eram informados os reajustes dos planos coletivos e fora verificado que as empresas encaminharam 48 mil comunicados de reajuste de contratos que tinham apenas um beneficiário e 47 mil comunicados de contratos com apenas 2 beneficiários. Apontou que no estudo entre 2008 e 2011 concluiu-se que em cada ano, a quantidade de beneficiários que tornava o percentual de reajuste estável era de 6.000, 4.000, 2.000 e 2500, respectivamente. Apontou terem identificado, após maiores análises, que 2.000 vidas era um número em que o reajuste se tornava estável para planos coletivos. Apontou que a sugestão do Grupo Técnico foi de uma revisão no modelo atual de regulamentação dos reajustes, visando estimular a comercialização de planos individuais e minimizar a vulnerabilidade desses

176 contratos coletivos com menos de 30 vidas, o que significava tornar os reajustes  
177 estáveis dentro de um Pool de Risco coletivo, incentivando a concorrência no setor  
178 de saúde suplementar. Esclareceu que a operadora não poderia mais calcular o  
179 índice de reajuste para cada contrato, mas teria que juntar todos os contratos de  
180 menos de 30 vidas num Pool de Risco e calcular um único percentual para aplicação  
181 nessas carteiras. Informou que algumas questões operacionais teriam que ser  
182 resolvidas no âmbito do Grupo Técnico, como a publicação do percentual no site da  
183 operadora para todos os contratos e a forma de comunicação desse percentual no  
184 sistema que coleta os reajustes. Passando aos debates, o **Sr. Julcemar José**  
185 **Ragnini** (CMB) disse se preocupar, por achar que poderia ocorrer um desestímulo  
186 de comercialização de planos até 30 vidas, semelhante ao que vinha ocorrendo com  
187 os de pessoa física atualmente. Disse entender que as operadoras teriam dois  
188 preços, um até 30 vidas e um acima de 30 vidas, e que a metodologia que estava  
189 sendo aplicada trazia mais segurança a todos. O **Sr. Márcio Serôa Araújo**  
190 **Coriolano** (FENASAÚDE) pediu cautela à ANS, pois observou que não existia um  
191 padrão único entre as operadoras com relação à formação de grupos homogêneos  
192 para fins de reajuste. Como segundo pedido de cautela sugeriu análise criteriosa do  
193 assunto a fim de evitar o engessamento, evitando que o regulador provocasse no  
194 mercado exatamente o efeito contrário ao que se desejava fazer. Por fim, destacou  
195 que qualquer que fosse a solução encontrada pela ANS, implicaria em modificação  
196 de plano para o consumidor, sugerindo que se tivesse muita cautela ao informá-lo.  
197 Com a palavra o **Sr. Egberto Miranda Silva Neto** (UNIODONTO), iniciou sua fala  
198 justificando a ausência do Sr. José Alves, que estava em viagem fora do Brasil. Com  
199 relação ao Pool de Risco, disse precisar de orientações da ANS o quanto antes, não  
200 sendo possível aguardar a conclusão da Câmara Técnica, destacando que a  
201 Resolução Normativa nº 279, que regulamenta os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656,  
202 tem vigência prevista para o mês de fevereiro, e dispõe sobre o tratamento conjunto  
203 do reajuste dos planos específicos para os inativos. O **Sr. Randal Luiz Zanetti**  
204 (SINOG) indagou se o estudo fora feito em separado para o segmento de  
205 odontologia, pois sua percepção era que a realidade do segmento de odontologia  
206 era bastante distinta e, portanto, não achava que deveria estar no mesmo pacote de  
207 avaliação. De volta a palavra à **Sra. Rosana Neves** (GGEFP/DIPRO/ANS), sobre a  
208 pergunta se a ANS faria o cálculo do reajuste para o Pool de Risco, respondeu que a  
209 idéia é que a operadora faça o cálculo. Explicou que o entendimento era que seria  
210 um alto incentivo à concorrência que as operadoras fizessem esse cálculo e que  
211 através de seus programas de promoção de saúde e prevenção de doenças  
212 conseguissem administrar a sinistralidade dessas carteiras. Sobre a vigência do  
213 índice, apontou que poderia ser como a vigência do reajuste da Agência, que  
214 vigorava por 12 meses, a partir do cálculo e que todos os contratos que fizessem  
215 aniversário ao longo daqueles 12 meses receberiam o cálculo efetuado pela  
216 operadora para esse Pool de Risco. Respondendo ao **Sr. Egberto Miranda Silva**  
217 **Neto** (UNIODONTO) sobre os aposentados e demitidos, esclareceu que atualmente  
218 estes não tinham exigência de nota técnica para aprovação pela Agência e sugeriu  
219 que eventuais dúvidas na formação do Pool do aposentado e demitido fossem



220 enviadas para a Agência, que contava com uma gerência específica sobre o tema.  
221 Respondendo ao **Sr. Randal Luiz Zanetti** (SINOG), esclareceu que o segmento  
222 odontológico não estava incluído nos estudos e que se faria uma análise do  
223 mercado odontológico, para identificar se ele entraria ou não na regra do Pool de  
224 Risco. O **Sr. Otelo Chino Junior** (CUT) questionou sobre a metodologia utilizada  
225 para a análise dos dados da pesquisa. O **Sr. Alexandre Carneiro Pereira** (MJ)  
226 indagou se para os contratos atualmente vigentes, a ANS determinaria sua  
227 adequação compulsória ao modelo de *Pool* de Risco ou apenas induziria mudanças  
228 das cláusulas contratuais. A **Sra. Rosana Neves** (GGEFP/DIPRO/ANS) esclareceu  
229 que a idéia era que houvesse uma adequação compulsória com prazos para que as  
230 operadoras alterassem suas cláusulas contratuais. O **Sr. Mauricio Ceschin** (ANS)  
231 destacou que a pretensão da Agência era proteger o consumidor dos reajustes  
232 elevados decorrentes do rateio da despesa ou do custo assistencial para um número  
233 muito pequeno de pessoas. Destacou mais uma vez que a intenção da Agência era  
234 a busca da transparência e do equilíbrio dos reajustes para as carteiras de planos  
235 coletivos com até 30 vidas. Respondendo ao **Sr. Egberto Miranda Silva Neto**  
236 (UNIODONTO), disse que convocaria uma reunião no começo de 2012 com as  
237 entidades e com as operadoras para a discussão dos artigos 30 e 31. Passando a  
238 palavra ao **Sr. Bruno Rodrigues** (ANS), este iniciou o ponto **2.2. Programa de**  
239 **Conformidade Regulatória**, sobre o qual abordou os conceitos, a idéia, a proposta  
240 e os objetivos do programa. Apontou que a idéia surgira do conceito de governança  
241 corporativa, com dois princípios fundamentais: a noção de que quanto maior a  
242 aderência às regras, maior é o benefício, e a proporcionalidade da regulação  
243 prudencial. Explicou que o Programa trazia dois incentivos, com associação direta  
244 no resultado de aderência da operadora e que a lógica era que quanto mais regular,  
245 menor o risco, diminuindo a necessidade de controle por parte da Agência. Destacou  
246 que o objetivo principal do programa era o de promover a responsabilidade  
247 regulatória e incentivar o aprimoramento da gestão das operadoras. Observou que  
248 as regras foram estabelecidas na RN 278, publicada no final de 2011, onde constava  
249 a regra de entrada, regra de manutenção, de permanência, além dos critérios de  
250 suspensão temporária do Programa, explicando que esse era um programa de  
251 adesão opcional das operadoras. Apontou que os incentivos eram bastante  
252 interessantes e a expectativa era que se tivesse uma participação grande do setor.  
253 Informou que qualquer operadora estava apta a entrar no Programa, desde que  
254 obedecessem aos critérios de elegibilidade. Como o principal benefício do  
255 Programa, destacou a livre movimentação dos ativos garantidores e o parcelamento  
256 em 24 meses da vinculação da provisão de eventos sinistros a liquidar daquela  
257 parcela que era exigida vinculação. Apontou que a Norma já estava publicada e que  
258 estaria vigente a partir de primeiro de fevereiro, a partir de quando haveria três  
259 meses para adesão, cadastramento e solicitação de entrada no Programa. Como  
260 principais critérios relacionados à aderência da operadora a uma conformidade  
261 regulatória apontou quatro: i) envio tempestivo de informação periódica; ii)  
262 adequação às regras de garantias financeiras; iii) suficiência de ativos garantidores e  
263 iv) a regularidade no pagamento de multas, taxa de saúde suplementar e



ressarcimento ao SUS. Por fim, destacou que o ponto não detalhado seria submetido à Diretoria Colegiada para a deliberação individual. Passando-se aos debates, o **Sr. Egberto Miranda Silva Neto** (UNIODONTO) questionou sobre alguns critérios do programa, e disse entender que haveria uma inconsistência entre o texto do §2º do art. 4º da Resolução e de seu anexo. Ponderou que o “montante integral” deveria ser aquele determinado pela decisão judicial, não a integralidade do valor em discussão, opinando estar o texto do anexo da norma mais preciso, neste aspecto. Continuando, abordou que, como define o anexo da RN nº 278, o restabelecimento dos benefícios se dará com o cumprimento de determinada obrigação na competência seguinte. Considerou que a determinação deveria ser alterada para que o restabelecimento ocorresse tão logo fosse sanada a inadimplência da respectiva obrigação. Argumentou que nos casos das demonstrações contábeis ou parecer de auditoria, cujo envio é anual, ou mesmo do SIP, semestral, da forma como hoje consta do anexo, a suspensão teria duração excessiva, afastando-se do objetivo da Resolução. O **Sr. Bruno Rodrigues** (ANS) concordou inteiramente com a interpretação do Sr. Egberto e o Sr. Mauricio Ceschin informou que as possíveis incorreções serão sanadas. A seguir, o **Sr. Nadir Francisco do Amaral** (Grupo Otimismo de Apoio ao Portador de Hepatite) solicitou que fosse dado um informe sobre a reunião do grupo da Assistência Farmacêutica. Passada a palavra à **Sra. Martha Oliveira** (ANS) esta informou que houve uma reunião em outubro e que foram recebidas muitas contribuições. Como resumo da reunião disse que estava sendo elaborado um parecer da Procuradoria sobre o assunto, uma vez que foram levantadas várias questões jurídicas, que seriam também estudadas por todos os membros do grupo. Disse acreditar que no início de 2012 seria possível uma reunião com os membros para a ciência do parecer. Não havendo mais assuntos a tratar, O **Sr. Mauricio Ceschin** (ANS) encerrou a reunião, agradecendo a presença de todos, desejando um Feliz Natal e um próspero Ano-Novo.

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Associação Médica Brasileira – AMB

Associação Nacional do Ministério Público do Consumidor – MPCON

300

301 Associação Nacional dos Procons



302

303

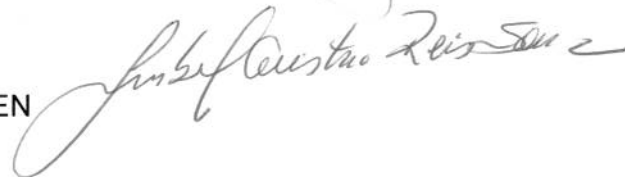
304 Central Única dos Trabalhadores – CUT



305

306

307 Conselho Federal de Enfermagem – COFEN



308

309

310 Conselho Federal de Medicina – CFM



311

312

313 Conselho Federal de Odontologia – CFO



314

315

316 Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS

317

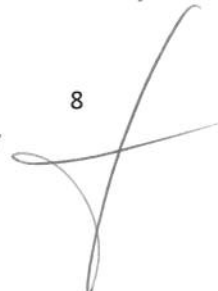
318

319 Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS

320

321

322 Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – UNIMED DO BRASIL



323

324 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades  
325 Filantrópicas – CMB

326

327

328 Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo – CNC

329

330

331 Confederação Nacional da Indústria – CNI

332

333

334 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS

335

336

337 Cooperativa de Serviços Odontológicos – UNIODONTO

338

339

340 Federação Brasileira de Hospitais – FBH

341

342

343 Federação Nacional de Saúde Suplementar – FENASAÚDE

344

345

346 Força Sindical

347 Fórum Nacional de Entidades Cíveis de Defesa do Consumidor

348

349

350 Ministério da Fazenda

351

352

353 Ministério da Justiça



354

355

356 Ministério da Previdência Social

357

358

359 Ministério da Saúde

360

361

362 Ministério do Trabalho e Emprego

363

364

365 Núcleo de Defesa do Consumidor – NUDECON

366

367

368 Portadores de Patologias Especiais



369

370 Portadores de Patologias Especiais

371

372

373 Portadores de Deficiência – CONADE

374

375

376 Portadores de Deficiência – CONADE

377

378

379 Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE

380

381

382 Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo – SINOGE

383

384

385 União Geral dos Trabalhadores – UGT

386

387

388 União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS

389

390