



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

ATA DA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, EM 22.02.1999

1 Às quatorze horas do dia vinte e dois de fevereiro de mil novecentos e noventa e nove, nesta
2 cidade, à Esplanada dos Ministérios – Bloco “G” – Anexo – 1º andar – sala de reuniões do
3 Conselho Nacional de Saúde, foi realizada a quinta reunião da Câmara de Saúde
4 Suplementar, criada de acordo com o § 3º do Art. 35B da Lei 9.656/1998, alterada pela
5 Medida Provisória 1801-9, de 29.01.1999 e estabelecida conforme Editais de Convocação
6 do Ministério da Saúde n.º 01 e 02/1998, publicados na página 132 da seção 3 do DOU de
7 24.07.1998. A sessão foi presidida pelo Ilmo. Sr. Secretário de Assistência à Saúde, Dr.
8 Renilson Rehem de Souza e secretariada pelo Ilmo. Sr. Diretor do Departamento de Saúde
9 Suplementar, Dr. João Luis Barroca de Andréa e contou com a presença das seguintes
10 membros: Dr. João José Rocha de Souza, representante do Ministério da Fazenda (o Dr.
11 João José Rocha de Souza, participou da reunião por solicitação do representante oficial e
12 do suplente, impossibilitados de comparecer); Dr. Edson Raimundo Machado, representante
13 do Ministério da Justiça; Dra. Solange Beatriz Palheiro Mendes de Almeida, representante
14 da SUSEP; Dr. Mário César Scheffer, representante do Conselho Nacional de Saúde; Dr.
15 Manoel Américo Barros Filho, representante do Conselho Nacional de Secretários
16 Municipais de Saúde; Dra. Regina Ribeiro Parizi Carvalho, representante do Conselho
17 Federal de Medicina; Dr. Waldir Grec e Dr. Augusto Tadeu Ribeiro Santana, representantes
18 do Conselho Federal de Odontologia; Dr. Luís Plínio Moraes de Toledo, representante da
19 Federação Brasileira de Hospitais; Dr. Danilo Valter Bernik, representante da Confederação
20 Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços; Dra. Maria Stella Gregori,
21 representante dos órgãos de defesa do consumidor; Dr. Cesar Augusto Dias Torres e Dr.
22 Fabiano Monteiro Alves, representantes das empresas de seguro de saúde; Dr. Roberto
23 Cury e Dr. José Carlos Bittencourt de Andrade, representantes das empresas de autogestão;
24 Dr. Arlindo de Almeida e Dr. Reinaldo Camargo Scheibe, representantes das empresas de
25 medicina de grupo; Dr. Edmundo Castilho e Dr. José Cláudio Ribeiro Oliveira,
26 representantes das cooperativas de serviços médicos; Dr. José Luiz Spigolon, representante
27 da Confederação das Misericórdias do Brasil; Dr. Randal Luiz Zanetti, representantes das
28 entidades de odontologia de grupo; Dr. Antonio Ielmo Capel Alarcon, representante das
29 cooperativas de serviços odontológicos. Com base na relação de representantes nomeados
30 pelo Ministro da Saúde em Portaria PT/GM/MS-3.506, publicada no DO-165, de 28.08.1998,
31 os participantes foram recepcionados e, na oportunidade, foram colhidas em relatório à parte
32 suas assinaturas na lista de presença. O Sr. Presidente deu início à reunião, passando a
33 palavra ao Sr. Secretário e este dando prosseguimento, iniciou os trabalhos distribuindo as
34 duas atas das reuniões anteriores, para aprovação da redação. Providenciadas as
35 alterações sugeridas, o Sr. Secretário passou à leitura dos pontos de pauta da reunião, a
36 saber: 1) Leitura e correção das duas atas anteriores; 2) Grupos Técnicos – Indicações; 3)
37 artigos 30 e 31; 4) agravo e 5) proposta de inclusão de mais quatro representantes na
38 Câmara de Saúde Suplementar – 2 (dois) do segmento dos trabalhadores e 2 (dois) do
39 segmento dos empresários. Finalizada a leitura das atas, os auxiliares da mesa,
40 promoveram as alterações sugeridas e em seguida foram colhidas as assinaturas dos
41 representantes no texto final das atas; Quanto às indicações de nomes para composição dos
42 grupos técnicos, o Sr. Secretário encaminhou a proposta da prorrogação por mais uma
43 semana para o recebimento das indicações. O Sr. Presidente, tomando a palavra,
44 mencionou sobre as dificuldades das entidades representativas dos consumidores em
45 participar das reuniões – pela falta de recursos financeiros – e reafirmou a necessidade de
46 que essas representações solicitem formalmente e antecipadamente às datas das reuniões,
47 ajuda ao Ministério da Saúde, no fornecimento de passagens, por ser do interesse dos



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

ATA DA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, EM 22.02.1999

48 membros da Câmara a participação dessas entidades e que irá fazer o possível, mas sem
49 poder oferecer garantia de concessão. Dando continuidade, o Sr. Secretário, passou a
50 discutir a inclusão dos novos representantes na Câmara. O Sr. Presidente, disse que
51 anteriormente achava-se que a adaptação dos planos coletivos à Lei seria relativamente
52 tranqüila, porém com a quantidade de reclamações que chegam na Ouvidoria e na
53 Fiscalização do Ministério da Saúde, verificou que não será tão simples quanto se esperava,
54 por isso a importância das novas representações. O Dr. Mario, questionou porque dois
55 representantes e não apenas um de cada segmento a exemplo das outras representações.
56 O Sr. Presidente, informou não ter recebido nenhum encaminhamento formal até agora que
57 demonstrasse o interesse dessas representações em participar do processo de
58 regulamentação, mas destacou a importância da participação desses segmentos da
59 sociedade e finalizou dizendo estar tanto o tema, quanto a quantidade, abertos a críticas e
60 sugestões. O Dr. Reinaldo, diz ser importante a inclusão dessas representações, pois são os
61 que pagam a conta. A Dra. Regina, diz haver uma pendência, pois os médicos desejavam
62 participar com suas três representações, no entanto só lhes foi concedido o direito de
63 participar com uma representação – a do CFM – diz concordar que todos estejam
64 representados, mas nesse critério na área médica, o prestador do serviço não foi respeitado.
65 A representação médica não foi respeitada e dentro desse raciocínio deve ser repensado o
66 critério de participação na Câmara. O Dr. Mario sugeriu porque não utilizar o sistema de
67 rodízio a exemplo da autogestão. O Dr. José Claudio, diz ser louvável a inclusão e concorda
68 com a observação da Dra. Regina, que requer a ampliação da representação da classe
69 médica. O Sr. Secretário, encaminhando às discussões sobre os artigos 30 e 31, sobre
70 exonerados e aposentados respectivamente, disserta sobre a grande quantidade de dúvidas
71 na interpretação e aplicabilidade do texto da Lei e afirma ser a cobertura apenas para o
72 contribuinte, a co-participação em eventos não é considerada contribuição e disse ter
73 tomado conhecimento da redução de planos contributivos e a transformação destes em
74 planos com participação em evento apenas, uma dúvida é se a empresa é obrigada a
75 manter o mesmo tipo de cobertura. Mesma apólice ou duas apólices – de quem é a
76 responsabilidade? No entendimento do MS a empresa deve negociar contrato coletivo por
77 adesão. Se a empresa não quiser mais continuar com o plano o contrato pode deixar de
78 existir. O cálculo pode ser um só para ativos e inativos, ou são dois cálculos. As duas
79 carteiras são transferidas, caso o empresário mude de operadora garantiria ao usuário a
80 manutenção do plano individual sem carência, disse que têm chegado muitas solicitações na
81 ouvidoria neste sentido. Uma hipótese seria de que as autogestões que tem plano para
82 inativos – são várias – possam formatar e oferecer modalidade de plano que contemple a
83 adesão de inativos de outras empresas congêneres. Isso será objeto de resolução esta
84 sendo preparada resolução para que esse entendimento fique absolutamente claro. O Dr.
85 Cury, pergunta se uma empresa que administra benefícios do ativo e de ex funcionários dela
86 estaria obrigada a manter o plano. O Sr. Secretário responde que a obrigação é de que a
87 empresa negocie o contrato e que não será de sua responsabilidade a sua manutenção. O
88 Dr. Cury, diz que, se a empresa já tem dificuldade em negociar com o mercado o plano de
89 ativos, haverá dificuldades na negociação desse plano. O Sr. Presidente, pergunta qual a
90 circunstância em que a empresa não consegue. O Dr. Cury diz que não haverá garantia de
91 que o mercado ofereça esse tipo de plano. O Sr. Secretário diz que já existem operadoras
92 oferecendo esse tipo de plano para inativos. O Sr. Presidente, afirma que se a empresa quer
93 e se o conjunto dos empregados aceita está resolvido; A clientela pode não achar
94 interessante e até não querer participar. O Dr. César diz que o funcionário ao se aposentar



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

ATA DA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, EM 22.02.1999

95 ou for exonerado a apólice é cancelada e que nada impede a adesão a planos individuais e
96 que devido a anti - seleção deve ter carência. O Sr. Presidente diz que a operadora não
97 pode excluir o ex funcionário, o entendimento é de que nova carência seja dispensada. O Sr.
98 Secretário afirma que o plano coletivo por adesão já é seletivo. O Dr. César retomando a
99 palavra diz que na hora em que a operadora não quiser, cancela a apólice. Quando não for
100 mais interessante, ela avalia a apólice ou rompe com a empresa. O Sr. Presidente diz ter
101 dificuldade de entender que o tratamento que vinha sendo dado para o empregado é
102 diferente do tratamento a ser dado no plano sucessor; a relação com a empresa anterior é
103 importante; diz ter dificuldade de aceitar pois já vinha tendo relação com a empresa. A Dra.
104 Solange pede a palavra para ratificar o entendimento do MS e deixar registrado em Lei a
105 orientação de que a responsabilidade é do empregador, porém no judiciário pode ser
106 entendido que a responsabilidade é da operadora; diz não entender direito a abertura da
107 comercialização para a autogestão; anteriormente a autogestão não podia – só na situação
108 de reciprocidade e pelo que posso entender é que agora pode atender contribuintes de outra
109 autogestão. O risco dessas autogestões aumenta muito e, portanto, deve-se exigir mais
110 delas. O Sr. Secretário, toma a palavra e diz que hoje existem empresas de autogestão que
111 não tem planos para inativos e que existem outras que já tem essa modalidade de plano. O
112 que se pretende é que seja possível a contratação entre congêneres que ofereçam este
113 plano. A Dra. Solange, retomando a palavra, diz que do ponto de vista da operadora a
114 autogestão esta se equivalendo a uma operadora. No momento que se abra para a
115 autogestão esta estará próxima ao mercado. O Sr. Secretário diz que não pretende ampliar
116 o mercado da autogestão. Ela esta sendo induzida (aquela que não tiver plano para inativos
117) a buscar no mercado uma empresa operadora; o objetivo é não forçar o desaparecimento
118 da autogestão. A Dra. Solange diz que um ponto que dificulta é o da regalia que a
119 autogestão passa a ter, diz entender que esteja no mesmo patamar das operadoras do
120 ponto de vista das empresas. Disse estar pensando no risco das empresas de autogestão
121 passarem a comercializar e ter interesse no mercado, principalmente não havendo limitação.
122 O Presidente diz não concordar que seja uma equiparação às operadoras e que o objetivo
123 da autogestão não pode ser superior ao da empresa, a qual está vinculada. Se não forem
124 estabelecidos limites, corre-se o risco da autogestão tornar-se operadora. Uma empresa que
125 não tenha estrutura pode procurar outra e estabelecer convênio de prestação de serviço e
126 menciona não concordar com a equiparação às operadoras, diz haver incoerência nesse tipo
127 de comparação. O Sr. Presidente, volta ao assunto do contrato coletivo por adesão, dizendo
128 ser nosso melhor entendimento, como solução para a questão. O Dr. Randall, retomando a
129 palavra, pergunta se seria obrigatório o oferecimento por parte da operadora, e sem
130 carência? A tendência é de que as empresas deixem de oferecer o benefício. E no caso da
131 operadora que tenha plano individual? O Sr. Secretário, diz que a demanda da ouvidoria é
132 de que as operadoras ofereçam planos de continuidade sem carência e que no caso de
133 operadora que tenha plano individual é obrigatório sim. O Sr. Presidente tomando a palavra,
134 diz entender a preocupação que as pessoas estão tendo em ser tratados como se nunca
135 tivessem tido contrato com aquela operadora, Não dá para a operadora dizer: eu nunca lhe
136 vi e pronto. O Dr. Randall, voltando ao tema da inadimplência, comenta sobre a implicação
137 para a odontologia, diz ter *turn-over* alto, e o número real de 40% de acréscimo de sinistros,
138 em função dos 60 dias de inadimplência que o texto da Lei “garante” e que o consumidor
139 deixa para a operadora, temos que encontrar algumas alternativas pois esta situação de
140 inadimplência é muito maior na odontologia, concluiu. O Sr. Secretário volta a solicitar que
141 esse tema seja abordado como ponto de pauta nas próximas reuniões e propõe que os



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

ATA DA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, EM 22.02.1999

142 membros da Câmara voltem a discussão sobre os planos coletivos e as garantias para os ex
143 empregados. O Sr. Presidente, volta a afirmar que as operadoras não podem se comportar
144 como se nunca soubessem da existência de um ex empregado, quando oriundo da empresa
145 com a qual mantinha o contrato. A Dra. Regina, diz haver outras visões e do ponto de vista
146 do consumidor, interesses diferenciados, mas há de se buscar saídas comuns, temos que
147 procurar saídas do ponto de vista do consumidor, garantindo a esse o atendimento e a
148 continuidade da assistência que precisa e da faixa etária que mais tem necessidade. Deve-
149 se, ainda registrar em resolução. Não ficar só no entendimento se não pode resvalar por
150 algum ralo comunicante. As empresas querem ter lucro e ficar no mercado? Então devem
151 prestar o serviço e ter mecanismos de garantia e proteção para esses consumidores. Em
152 serviços de saúde não cabe a exclusão. Porque não a autogestão ou um pool não possa
153 fazer isso? Acho que deveria estender e ser por escrito. O Dr. Manoel, defende que a lógica
154 é a do consumidor e não a da empresa. Se não se consegue entender essa lógica corre-se
155 o risco de ficar de fora do mercado. O problema não é da empresa que contrata o plano
156 coletivo e sim da operadora, o interesse maior é das operadoras, as operadoras devem se
157 apressar mais. A lógica das operadoras é a permanência, se a operadora luta contra isso,
158 ela está em rota de colisão com seus próprios interesses e objetivos, é um caminho
159 importantíssimo. Devem ser criados mecanismos que levem em consideração o tempo de
160 permanência no plano / na empresa para viabilizar a cobrança de carência,
161 proporcionalizando esse tempo. O Dr. José Claudio, diz concordar com a proposta e destaca
162 a importância de que sua adoção seja bem esclarecida, por MP, portaria ou resolução.
163 Passa então a falar sobre o guia do consumidor publicado pelo MS e elogia a excelente
164 qualidade da publicação do ponto de vista técnico e gráfico, porém alerta para uma omissão
165 quanto a questão dos demitidos e aposentados e para a questão de ser válido só para
166 contribuintes. Outro alerta é a elegibilidade do titular que contribui, se o titular não contribui
167 não tem direito. E definir o prazo decadencial. O tempo de plano é importante no
168 estabelecimento do prazo decadencial. A carência é a questão que deve ser ainda
169 trabalhada / aperfeiçoada. A de se ter cuidado com a porta de entrada para planos sem
170 carência. O Sr. Presidente diz da fala oportuna do Dr. José Claudio e suas ponderações que
171 vão ao encontro da proteção do cidadão, diz ter achado muito interessante suas colocações,
172 se concordamos com o princípio, acho que a forma de implementar pode ser conversada, a
173 questão do prazo mínimo é importante; a viabilidade do plano também; pessoas que não
174 ajam corretamente, não podem prejudicar os outros. A Dra. Maria Stella sugere que o prazo
175 decadencial seja 30 dias. O Sr. Presidente, concorda com os 30 dias e diz que o prazo de
176 carência deva ser proporcional ao tempo de permanência do empregado na empresa. O Dr.
177 Cury diz não ter entendido, em relação a responsabilidade, a argumentação da Dra.
178 Solange. A Dra. Solange, citada, toma a palavra e diz que uns acham que a
179 responsabilidade é do empregador (conforme combinado durante às discussões no
180 congresso) e uns acham que a responsabilidade é da operadora (a justiça, por exemplo), e
181 afirma que a responsabilidade é do empregador e aproveita para dizer que os artigos 30 e
182 31 não se traduzem em benefício ao consumidor. O Dr. Cury diz que, se a autogestão
183 assumir essa responsabilidade, ela vira operadora de carteira de inativos e diz que “a nossa
184 responsabilidade é buscar uma solução para isso”. A Dra. Solange diz que a Lei deve
185 expressar de quem é a responsabilidade e claramente o que deve ser afeito. O Sr.
186 Secretário diz que na proposta as duas coisas estão contempladas e que devemos formular
187 uma proposta para resolver os artigos 30 e 31. A Dra. Maria Stella diz que pelo código do
188 consumidor a responsabilidade é solidária. O Sr. Secretário sugere que sejam feitas às



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

ATA DA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, EM 22.02.1999

189 últimas três inscrições para falas sobre o tema da discussão. O Dr. Randall diz que a
190 odontologia de grupo é simpática a permanência do cidadão no plano e diz não estarem
191 preocupados com a permanência e sim com os consumidores que são maus usuários dos
192 planos, abandonando-os após a realização dos tratamentos. O Dr. Alarcon diz que com a
193 periodontia a utilização na odontologia não diminui como dizia a Dra. Regina. O Dr. César
194 diz que a FENASEG não é contra encontrar soluções para aposentados e demitidos, o ponto
195 crucial é de quem é a responsabilidade, de quem é o risco. A solução pode ser até conjunta,
196 para mim não fica claro se a responsabilidade do risco passa a ser da operadora, o risco é
197 distribuído pelo grupo. O Dr. João José diz entender que a responsabilidade deve vir
198 expressa no texto da Lei ou MP. Continua sua fala diferenciando: 1ª. Hipótese - a empresa
199 continuar a manter, 2ª. hipótese) se a empresa rescindir o plano de saúde para os
200 empregados ativos, diz entender que a responsabilidade é da operadora, e que seja contado
201 na carência o período no plano anterior. O Sr. Secretário, agradece a FENASEG pelo
202 esforço em enviar para subsidio das discussões sobre agravo – conforme havia sido
203 solicitado em reunião anterior – a relação de códigos do CID-10, e tornou a cobrar dos
204 outros representantes suas sugestões até a presente data não enviadas; dando
205 continuidade o Sr. Secretário fala então do inciso II do artigo 2º da resolução nº 2 nas
206 alíneas A e B que são exclusivos, principalmente no caso de adaptação. Para o adiamento
207 do oferecimento de planos sem a obrigatoriedade do agravo até 2 de dezembro de 1999, a
208 operadora se manifestaria em uma semana para toda a sua população e para o MS, se vai
209 ou não oferecer a opção do agravo. Quando optar pelo agravo este deve ficar ligado a
210 cobertura parcial temporária. Quando não optar pelo oferecimento já, é obrigatório o
211 oferecimento da cobertura parcial temporária. Levanta a possibilidade inclusive de identificar
212 para o consumidor quais as operadoras que estariam oferecendo a possibilidade do agravo,
213 pelo 0800 ou na Home Page do MS. Quando uma operadora que optou inicialmente em não
214 oferecer o agravo e antes de DEZ/1999 pretende passar a oferece-lo, deverá comunicar
215 previamente ao MS. O Agravo deve existir é para todas as segmentações de planos, não
216 podendo ser oferecido individualmente. Diz ainda, não ser distinto o oferecimento de agravo
217 ou cobertura parcial temporária e que a cobertura parcial temporária; relaciona àquela
218 condição que pode ter um consumo maior de serviços é o que pode ter agravo; a eleição
219 das patologias é em função de carecer ou não de *eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia*
220 *e procedimentos de alta complexidade*. A Dra. Regina fala das discussões no CFM sobre
221 DLP e relata que foram exaustivas, sendo sua opinião de que esta é uma questão
222 inadmissível, alerta do possível desgaste junto ao consumidor pelo retardo no
223 oferecimento da cobertura e que poderão ocorrer abusos por parte das operadoras. O Sr.
224 Presidente diz que se tem cabimento voltar a discutir o agravo, então deve abrir para quem
225 queira discutir cobertura parcial temporária, a empresa que “chutar” um valor para cima, vai
226 criar no mercado um tumulto desnecessário. A Dra. Regina diz ter ouvido que em São Paulo
227 estão exigindo as duas opções: cobertura e agravo. O Sr. Presidente diz que gostaria
228 receber por escrito essas denúncias. A Dra. Maria Stella sugere incluir na publicidade do
229 plano se esta ou não oferecendo a opção do agravo. O Dr. José Claudio diz que a UNIMED
230 concorda com a proposta do MS. O Dr. Cesar diz que a FENASEG também concorda. A
231 Dra. Regina propõe o oferecimento imediato do agravo e da cobertura parcial temporária. O
232 Dr. Reinaldo diz que as empresas estão aceitando e colocando acréscimo sobre o preço do
233 plano quando de doenças e lesões preexistentes.
234 O Dr. Cesar fala das tabelas internacionais de agravo que são utilizadas para resseguros.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

ATA DA QUINTA REUNIÃO DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, EM 22.02.1999

235 O Sr. Presidente diz que seria simples dividir o valor da cirurgia por 6. O Sr. Secretário diz
236 que o cálculo do agravo deve ser diluído na massa e não por evento: poupança hoje: a
237 operadora vai financiar. O Dr. Reinaldo diz que não podemos só pensar nas grandes
238 operadoras, mas a ABRAMGE pensa também nos pequenos. As empresas estão cobrindo
239 várias patologias, é importante um maior prazo para que se organizem, só assim cria-se
240 uma massa para trabalhar, o prazo para adaptação não deve ser a do final do ano. O prazo
241 pode ser o mesmo de adaptação dos contratos. O Dr. Cesar diz que a tabela tem até a
242 recusa do consumidor. O Sr. Presidente diz que a cobertura do agravo deve ser calculada
243 sobre a massa e não pelo individual ou fazendo um resseguro. O Dr. Danilo diz que se a
244 data limite for em 02 de dezembro de 1999, as operadoras não estarão ainda com a massa
245 completa que possibilite o estudo, daí a necessidade da extensão desse prazo. O Sr.
246 Presidente contra argumenta que a manutenção da data limite em 02 de dezembro de 1999,
247 dá às empresas que queiram, a possibilidade de resolver oferecer antes a opção do agravo.
248 O Dr. Mário pede para incluir como sugestão de pauta para ao final da discussão, e solicita
249 esclarecimentos sobre a ONG que o Ministro disse que vai criar para a saúde suplementar.
250 Falou também que o CNS tem considerações sobre o guia de orientação ao consumidor. O
251 Sr. Presidente esclarecendo ao Dr. Mário, diz que não são o governo ou o MS que vão criar
252 a ONG, porém, estes podem incentivar sua criação. O Sr. Secretário lembrou aos presentes
253 da necessidade de serem encaminhadas as sugestões de pauta com antecedência às datas
254 das reuniões. O Sr. Presidente sugere que as próximas reuniões da Câmara ocorram
255 sempre na última segunda feira de cada mês e encaminha proposta de que a próxima, já
256 seguindo esse critério, seja em 29 de março de 1999, às 13:00 horas. Todos concordaram e
257 deram por encerrada a reunião.

258 Brasília, 22 de janeiro de 1999.

259 Renilson Rehem de Souza

260 Ministério da Saúde

261 Presidente da Câmara de Saúde Suplementar

262
263 Ministério da Fazenda

264
265 Superintendência de Seguros Privados

266
267 Conselho Nacional de Secretários Municipais Saúde

268
269 Conselho Federal de Odontologia

270
271 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,
272 Estabelecimentos e Serviços

273
274 Seguradoras

275
276 Medicina De Grupo

277
278 Confederação Das Misericórdias

279
280 Cooperativa De Serviços Odontológicos

João Luiz Barroca de Andréa

Secretaria de Assistência à Saúde

Secretário da Câmara de Saúde Suplementar

Ministério da Justiça

Conselho Nacional de Saúde

Conselho Federal de Medicina

Federação Brasileira de Hospitais

PROCON - Defesa Do Consumidor

Autogestão

Cooperativas De Serviços Médicos

Odontologia De Grupo