

ATA

54^a Reunião da Câmara de Saúde Suplementar – CSS

**Local: Othon Palace Hotel – Salão Itaipu “B”
Rio de Janeiro/RJ**

Data: 16 de outubro de 2008.

1 **ATA DA QUINQUAGÉSIMA QUARTA REUNIÃO ORDINÁRIA DA CÂMARA**
2 **DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CSS**
3

4 **ABERTURA** – No dia dezesseis de outubro de dois mil e oito, no Salão Itaipu B do Othon
5 Palace Hotel , situado na cidade do Rio de Janeiro, iniciou-se a Quinquagésima Quarta
6 Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar, órgão criado pela Lei nº. 9.656, de
7 3 de julho de 1998, integrante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de
8 caráter permanente e consultivo, nos termos do Parágrafo Único, do artigo 5º e artigo
9 13, da Lei nº. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, combinado com o artigo 4º da Medida
10 Provisória nº. 2.177, versão 44. A reunião foi presidida pelo Dr. **Fausto Pereira dos**
11 **Santos**, Diretor-Presidente da ANS, estando presentes: Dr. **José Leônicio de Andrade**
12 **Feitosa**, Diretor da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES/ANS), Dr. **Eduardo**
13 **Marcelo Lima Sales**, Diretor da Diretoria de Fiscalização (DIFIS/ANS), Dra. **Maria Inês**
14 **Dolci** (Associação Brasileira de Defesa ao Consumidor – Pró-Teste); Dra. **Josefa René**
15 **Santos Patriota** (ADUSEPS); Dr. **Julcemar José Ragnini** (CMB); Dr. **José Cláudio**
16 **Ribeiro Oliveira** (UNIMED do Brasil); Dra. **Carmem Lucia Lupi Monteiro Garcia**
17 (COFEN); Dr. **Benício Paiva Mesquita** (CFO); Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**
18 (UNIODONTO); Dr. **Luis Plínio Moraes de Toledo** (FBH); Dr. **Márcio Serôa Araújo**
19 **Coriolano** (FENASEG); Dr. **José Souza da Silva** (Força Sindical); Dra. **Maria Ester**
20 **Veras Nascimento** (Ministério da Previdência Social); Dra. **Suely Kaunert de Oliveira**
21 (Procon/SJC); Dr. **Matheus Stivali** (Ministério da Fazenda); Dra. **Hilma Araújo dos**
22 **Santos** (Procon/SP); Dr. **Arlindo de Almeida** (SINAMGE); Dr. **Reinaldo Camargo**
23 **Scheibe** (SINAMGE); Dr. **Randal Luiz Zanetti** (SINOG); Dr. **João Carlos Magalhães**
24 (COFFITO). O Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, ANS, deu início a reunião justificando as
25 ausências de: Sra. **Vera Lúcia Marques De Vita** (Associação Franco Basaglia – AFB),
26 **José Erivalder Guimarães de Oliveira** (Central Única dos Trabalhadores – CUT),
27 **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo** (Ministério da Saúde), José Carlos de Souza
28 Abrahão (Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços -
29 CNS) e aprovando a ata da reunião passada com as alterações propostas pelo Dr.
30 Egberto, pelo Sr. Márcio Coriolano e pelo Sr. José Cláudio Ribeiro Oliveira. **ITEM I –**
31 **INFORME SOBRE O TUSS** – A Dra. Maria Ângela Scatena esclareceu que a TUSS é um
32 dos instrumentos que compõem a TISS. Ela informou que será adotado um vocabulário
33 que permita melhor controle e qualidade na troca de informações entre as diferentes

organizações. Ela salientou que o objetivo é que este vocabulário controlado possibilite no futuro a criação de uma base de dados nacional da TISS que permitirá que sejam recuperadas informações de pacientes de forma detalhada a partir de diferentes locais e de diferentes prestadores de serviços agilizando o atendimento e reduzindo a duplicação de pedidos de exames e de prescrições e possibilitando ainda que as informações possam ser usadas para melhorar a performance clínica, administrativa e financeira das instituições. Ela ressaltou que a TUSS foi publicada através da Instrução Normativa nº. 30, entrando em vigor a partir de março de 2009, e que ela dispõe sobre a terminologia de procedimentos médicos. Ela informou que a tabela foi organizada a partir do trabalho integrado da ANS, da DIDAS, da DIPRO e da Associação Médica Brasileira utilizando a estrutura da CBHPN. O Dr. **Heitor Franco Werneck**, Especialista de Regulação de Saúde/ANS, iniciou um relato sobre o Radar TISS. Ele esclareceu que o radar TISS é uma pesquisa desenvolvida pela ANS e respondida pelas operadoras pela Internet para avaliar o processo de implantação dos TISS pelo mercado feito pelas operadoras e pelos prestadores. Ele acrescentou que já foram realizadas duas campanhas de captação de dados em 2007 e em 2008. Ele acrescentou que as operadoras exclusivamente odontológicas não participaram destas campanhas porque o prazo para implantação do processo eletrônico para este segmento ainda não estava vigorando e as administradoras de planos também não participaram porque isto não estava previsto na implantação do padrão TISS. Em seguida ele comparou as duas campanhas concluindo que houve um avanço na implantação do processo eletrônico com um aumento no percentual de guias eletrônicas; que houve um aumento absoluto no número de operadoras participantes o que fez com que as proporções fossem mantidas. Ele informou que no dia 1º de setembro foi realizado um seminário internacional de avaliação do impacto socioeconômico do TISS. Ele acrescentou que o futuro do Radar será se tornar um sistema de avaliação do impacto do TISS no sistema de saúde brasileiro e que para isso há a proposta de que seja repetida a pesquisa a cada sete meses. O Dr. **Márcio Serôa Araújo Coriolano**, FENASEG, afirmou que o COPIS atualmente é uma instancia de trabalho técnico, parabenizando por isso o Dr. **Leôncio** e a Dra. **Ângela**. Ele salientou que com isso os assuntos dentro do COPIS ficaram muito complexos e sugere que sejam feitos subgrupos definidos para que não haja confusão de interlocutores, ou seja, uma reorganização do COPIS. A Dra. **Josefa René Santos Patriota**, ADUSEPS, solicitou que a Dra. **Ângela** explicasse a questão da prática abusiva no TISS e que o Dr. **Heitor** explicasse qual o prazo para o Nordeste e para os consultórios isolados implantarem o

68 sistema eletrônico. Ela afirmou que a ANS precisaria estar mais atenta a questão do
69 controle de qualidade na troca de informação. A Dra. **Ângela** esclareceu que na questão
70 das práticas abusivas e fraudes a padronização de informações é fundamental e
71 necessária a todo o sistema de informações e não só ao TISS pois facilitará a sua
72 identificação. A Dra. **Josefa René Santos Patriota**, ADUSEPS, indagou qual será a
73 conduta da ANS diante das práticas abusivas já diagnosticadas. O Dr. **Fausto Pereira**
74 **dos Santos**, ANS, afirmou que as empresas são notificadas e autuadas seguindo o
75 devido processo administrativo e com as decisões publicadas no Diário Oficial. **ITEM II –**
76 **INFORME SOBRE A ACREDITAÇÃO DE PRESTADORES** – O Dr. **José Leôncio de**
77 **Andrade Feitosa**, ANS, informou que teve início uma discussão sobre a qualificação e
78 atenção a saúde pelos prestadores latu-sensu na saúde suplementar detectando três
79 grandes problemas: a questão cultural de entendimento da necessidade de participar
80 pelos prestadores, que foi tida como etapa vencida; na questão do financiamento que
81 depois de negociação com o BNDES decidiu-se que o cartão permitirá a compra de
82 serviços na busca da acreditação dos prestadores de modo geral e também com linhas
83 de crédito adicionais para acompanhar a acreditação; e a questão da modulação para
84 construir uma matriz de plano referencia. Ele acrescentou que o processo está
85 caminhando bem e que espera concluir esse ano a matriz e que no ano que vem inicie-se
86 a acreditação voluntária dos prestadores de serviço. O Dr. **Fausto Pereira dos Santos**,
87 ANS, complementou que todo o trabalho tem sido feito juntamente com as entidades que
88 representam os prestadores e com as instituições acreditadoras brasileiras. Ele informou
89 que a ANS faz parte do grupo de trabalho do Ministério da Saúde para combate a dengue
90 e que foram feitas reuniões em todos os Estados do país para discussão de problemas
91 locais e planos estratégicos. Ele informou que será enviado para as operadoras um
92 material informativo vinculado aos protocolos de assistência para prevenção e orientação
93 para notificação. **ITEM III – INFORME SOBRE A SITUAÇÃO DA DENGUE NO RIO DE**
94 **JANEIRO** – O Dr. **Victor Berbara**, SES/RJ, informou que o Estado atravessou a pior
95 epidemia da história do país com 270 mil casos notificados e 170 casos de óbito
96 confirmados. A taxa de incidência mais alta foi verificada no Município de Angra dos Reis
97 com 4 mil casos por 100 mil habitantes. Ele destacou que foi verificada uma circulação
98 viral e óbitos em áreas com pouca densidade demográfica. Ele apresentou gráficos
99 comparativos que demonstram pouca probabilidade de epidemia na região metropolitana
100 1 do Rio de Janeiro, grande probabilidade de surtos em 2008 na região metropolitana 2,
101 na região noroeste e na região serrana, alto risco na região litorânea para 2009. Ele

ressaltou que o vírus que está circulando no Estado é do tipo 2, um vírus com maior potencial de casos graves. Ele salientou que estão sendo investigados os casos de óbito e tem-se constatado problemas tanto na rede pública quanto na privada com o diagnóstico precoce e percepção de risco desses pacientes. Ele afirmou que as preocupações para 2009 referem-se à introdução do vírus tipo 4, a desmobilização dos gestores locais devido às eleições municipais de 2008 e a discussão sobre as estratégias de controle utilizadas nos últimos 15 anos. Ele esclareceu que o trabalho de controle do vetor é importante, mas, é preciso qualificar a assistência, melhorar a análise de risco, humanizar a porta de entrada dos sistemas, qualificar os profissionais de saúde e atualização de um plano de contingência, garantir leitos de internação, garantir estoques de hemoderivados, capacitar multiplicadores, aumentar o fluxo de notificação para ações de bloqueio ao vetor. O Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, ANS, esclareceu que este informe deve-se ao número de casos da doença no ano passado que gerou um processo cooperativo do setor de saúde suplementar no momento da epidemia. Ele alerta que este trabalho tem que ser estendido para todas as empresas, hospitais e prestadores a fim de minimizar o impacto da situação. A Dra. **Josefa René Santos Patriota**, ADUSEPS, indagou sobre o comportamento das empresas privadas na garantia e assistência dos usuários com dengue no Rio de Janeiro, ou seja, se as empresas privadas negaram atendimento aos seus consumidores por ser doença de notificação compulsória. O Dr. **Victor Berbara**, SES/RJ, informou que a sobrecarga da rede pública foi também vista na rede privada, com problemas na qualidade, mas sem negativa de atendimento. **ITEM IV – REGULAÇÃO DOS PLANOS COLETIVOS POR ADESÃO** – O Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, ANS, esclareceu que a necessidade de uma nova regulação sobre a questão dos coletivos por adesão é sentida por todos que trabalham no setor porque o mercado vem oferecendo mais e os consumidores cada vez mais aderem a planos com este formato por causa da precificação. Isso faz com que o mercado ofereça boas praticas. Ele afirmou que se trata de uma discussão muito complexa que será submetida à consulta pública. Ele pediu desculpas antecipadamente se, eventualmente, as questões apresentadas não coincidirem inteiramente com a consulta pública, pois o assunto ainda está sendo elaborado. Ele afirmou que a ANS optou por trabalhar duas normas para esse processo: uma que fala da regulação dos planos coletivos de forma geral e outra que trata da administradora de benefícios que tem coletivizado um conjunto de pessoas jurídicas para aderirem ao plano de saúde. A primeira dificuldade foi estabelecer quem poderia contratar um plano coletivo por adesão, encontrar uma forma de elencar todos os tipos

136 de atividade profissional. Foram estipuladas duas restrições: a participação do
137 beneficiário titular é critério de elegibilidade para se ter o plano e só poderão contratar
138 plano privado de assistência a saúde coletivo quando constituídos a pelo menos 1 ano.
139 Ele afirmou que o período de carência é bastante controverso e definiu que objetivam
140 consagrar a possibilidade de que pessoas jurídicas possam integrar no sistema através
141 de contratos multilaterais e acessar diretamente a operadora sem a administração
142 sempre de uma administradora de serviço. Ele definiu que o critério de elegibilidade é da
143 associação e não do contrato. O pagamento é também fonte de controversa porque será
144 de responsabilidade da pessoa jurídica contratante. Em seguida ele falou sobre a
145 suspensão e exclusão de beneficiários que é de responsabilidade do contratante, salvo
146 nas hipóteses salvaguardadas juridicamente. Ele esclareceu que não poderá haver
147 aplicação de percentuais de reajustes diferenciados dentro de um mesmo plano de um
148 determinado contrato. Em seguida, ele resumiu quais as funções de uma administradora
149 e o que lhe é vedado, assunto que será regulado por legislação pertinente e submetido à
150 consulta pública objetivando preservar o mercado de planos coletivos por adesão. A Dra.
151 **Maria Inês Dolci**, PROTESTE, indagou de que forma os planos coletivos vão tratar os
152 reajustes e qual será a quantidade mínima de vida para ingresso. O Dr. **Márcio Serôa**
153 **Araújo Coriolano**, FENASEG, afirmou não ter visto na apresentação o termo pessoa
154 jurídica empregadora e dessa forma estariam fora da norma às empresas industriais,
155 comerciais e de serviços. O Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, ANS, argumentou que o
156 empregador está caracterizado como plano médico empresarial. O Dr. **Márcio Serôa**
157 **Araújo Coriolano**, FENASEG, afirmou que a norma editada pela ANS diz que o seguro
158 empresarial seria por adesão compulsória e o seguro por adesão seria espontâneo. Expôs
159 que a agência deve ter grande cautela quando fala de regulação. O Dr. **Fausto Pereira**
160 **dos Santos**, ANS, esclareceu que a Resolução vai passar por mudanças buscando
161 harmonizar o texto com o conteúdo de outras resoluções e com praticas anteriores já
162 seculares. Por isso se discuti a existência de três grandes grupos: o individual, o coletivo
163 empresarial e o coletivo por adesão. Ele afirmou que a apresentação que ele estava
164 fazendo não abrange todo o conteúdo da norma, pois é apenas um primeiro contato com
165 as proposições que ainda serão amplamente debatidas. O Dr. **José Cláudio Ribeiro**
166 **Oliveira**, UNIMED do Brasil, parabenizou o presidente pelo assunto estar sendo
167 abordado desde a sua concepção. Ele afirmou que o assunto do plano coletivo por adesão
168 deveria observar o que está na CONSU 14. Afirmou também que teme o engessamento
169 do mercado, principalmente pela responsabilização integral da associação pelo

170 pagamento e a periodicidade mínima de doze meses para o reajuste. O Dr. **Fausto**
171 **Pereira dos Santos**, ANS, respondeu para a Dra. **Maria Inês** que não está no escopo
172 da regulação controlar reajuste de plano coletivo e sim destituir algumas regras para
173 esse reajuste. Quanto à questão da quantidade mínima de vida ele afirmou que a melhor
174 forma encontrada é a da temporalidade. Ele respondeu ao Dr. **Márcio** que a idéia é que
175 a resolução abranja a classificação dos planos e que tem um percentual mínimo que deve
176 ser contribuído para caracterizar como médico empresarial, pois eles entendem que o
177 empregador não tem legitimidade para instituir um coletivo por adesão em nome de seus
178 empregados no qual ele não contribua. Ele respondeu também ao Dr. **José Cláudio** que
179 a questão não é somente de profissão regulamentada e sim se o indivíduo participa de
180 um conjunto associativo de natureza profissional para poder aderir ao plano coletivo por
181 adesão. Ele esclarece que as cooperativas podem fazer os planos coletivos por adesão. O
182 Dr. **Julcemar José Ragnini**, CMB, afirmou que o interesse nos planos coletivos por
183 adesão deve-se ao engessamento dos reajustes pessoas físicas, desestimulando as
184 operadoras de oferecerem estes planos. Ele sugere que se reveja o reajuste dos planos
185 de pessoa física. A Dra. **Josefa René Santos Patriota**, ADUSEPS, afirma que a
186 discussão é muito oportuna. Ela afirma que a questão do coletivo não exclui o
187 empresarial, pois o coletivo tem que ser rigorosamente controlado pela ANS,
188 principalmente os valores de reajuste. Ela indagou o que seria a UNI Clube da UNIMED,
189 um administrador de benefícios e também como fica o Estatuto do Idoso em relação ao
190 reajuste por faixa etária para os contratos novos e antigos, mesmo que individuais. A
191 Dra. **Hilma Araújo dos Santos**, PROCON/SP, afirmou estar feliz com a discussão dos
192 planos coletivos e que nenhum plano deveria estar fora da regulação em sua totalidade,
193 inclusive com relação a reajustes. Ela reafirmou que é importantíssima regulação do
194 reajuste. O Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, ANS, respondeu ao Dr. **Julcemar** que não
195 concordava com a sua posição em relação ao crescimento do plano coletivo pela
196 regulação do plano individual e que a coletivização tem que ser entendida como um
197 processo natural. Respondendo a Dra. **René** e a Dra. **Hilma** ele afirmou que a ANS
198 entende atualmente que não é necessário de controle dos reajustes dos planos coletivos
199 pois tem sido feito um acompanhamento há seis anos e tem-se constatado uma curva de
200 normalidade. Ele afirmou que nenhum plano está fora de regulação, pois todos os planos
201 de saúde do Brasil são regulados de forma diferente. A Dra. **Josefa René Santos**
202 **Patriota**, ADUSEPS, indaga quanto à questão do índice de reajuste IGPM. O Dr. **Fausto**
203 **Pereira dos Santos**, ANS, explicou que isto se verifica em cláusulas contratuais entre

204 pessoas jurídicas não reguladas pela ANS. Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**,
205 UNIODONTO, ponderou que em face da complexidade do assunto, será necessária a
206 realização de uma câmara técnica antes de ser submetido à consulta pública.
207 Exemplificativamente, já poderia apontar algumas dificuldades: (a) necessidade de
208 avaliação prévia de enquadramento pela ANS; (b) tratamento às associações comerciais,
209 hoje contratantes de planos coletivos por adesão; (c) alteração da definição de plano
210 empresarial e das regras de patrocínio; (d) regras de exclusão por inadimplência; (e)
211 contratos já em curso que não poderiam ser alterados; (f) os planos de inativos; e, (g)
212 comprovação de período de doze meses de constituição para a empresa cliente contratar
213 o plano. Solicitou esclarecimento a respeito dos contratos celebrados com operadoras em
214 decorrência de licitação, mas que não obedecem à regulamentação. A Dra. **Marília Ehl**
215 **Barbosa**, UNIDAS, afirmou que valeria a pena uma discussão mais aprofundada do
216 tema. Ela perguntou se o que foi proposto altera a regulamentação da auto-gestão. O Dr.
217 **Arlindo de Almeida**, SINAMGE, afirmou que é necessário que se faça uma câmara
218 técnica antes da consulta pública porque a quantidade de questões a serem resolvidos e
219 problemas é muito grande. O Dr. **Randal Luiz Zanetti**, SINOGE, endossou a preocupação
220 com o assunto exposto. Ele salientou que o plano coletivo empresarial é o mercado dos
221 planos odontológicos e mudar esse segmento seria modificar um segmento do mercado
222 de planos, a indústria de planos odontológicos. Ele também mencionou a problemática da
223 hiper-regulação. O Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, ANS, respondeu ao Dr. **Egberto**
224 que algumas pessoas que serão atingidas pela regulação não tem assento nesta reunião
225 para discutir as propostas e é esta a importância da consulta pública. Ele afirmou que a
226 associação comercial é um contrato empresarial e não coletivo por adesão. Ele
227 esclareceu que quem não estiver enquadrado no escopo da legislação terá que procurar
228 uma alternativa no momento da renovação. Ele salientou que a questão de dificuldade de
229 operacionalização dos artigos 30 e 31 não será resolvida com esta regulamentação. Ele
230 acrescentou que os doze meses de carência da pessoa jurídica serviram mais para
231 minimizar o risco da operadora. Quanto à questão da licitação ele esclareceu que é a lei
232 que determina a forma necessária para a operadora. Ele afirmou para a Sra. Marília que
233 preferiram não disponibilizar o conteúdo da reunião em documento antes que seja
234 melhor elaborado. Ele afirmou para o Dr. **Arlindo** que não há pretensão de se antecipar
235 as distorções produzidas pelo mercado e elas serão vistas e reguladas em um segundo
236 momento. Ele esclareceu para a Dra. **Marília** que não haverá modificações nas auto-
237 gestões porque elas se organizam como empresa. O Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**,

238 UNIMED do Brasil, afirmou que, conforme citação da Dra. **René**, cada contrato é um
239 contrato e que deve sim haver um equilíbrio na relação no que diz respeito aos reajustes
240 conforme o Código de Defesa do Consumidor. A Dra. **Josefa René Santos Patriota**,
241 ADUSEPS, disse para não se preocuparem quando ela citar nomes de empresas e disse
242 também que acha uma distorção à figura da administradora de beneficiários. **ITEM V –**
243 **PREPARAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DO DECRETO 6.523/08** - O Dr. **Eduardo**
244 **Marcelo de Lima Sales**, ANS apresentou o Decreto que regulamenta o Código de
245 Defesa do Consumidor estabelecendo o serviço de atendimento ao consumidor. Ele
246 descreveu o SAC destacando que o Decreto não obriga a implantação do serviço e sim a
247 sua forma de prestação, com destaque para os portadores de deficiência. Outro item
248 abordado é o que determina que o consumidor deve ter a opção de alteração do contrato
249 de prestação de serviços pelo mesmo meio que efetuou a contratação. Também
250 determina que os dados pessoais do consumidor devem ser preservados. O
251 cancelamento poderá ser feito por todos os meios disponíveis para a contratação do
252 serviço e os efeitos do cancelamento devem ser imediatos à solicitação do consumidor.
253 Ele afirmou que a diretoria colegiada da ANS apóia o Decreto observando algumas
254 singularidades do setor que merecem outra análise e elaboração de cartilhas para
255 esclarecer a população, como também a edição junto com a ANS de um normativo
256 complementar da aplicação do Decreto. O Dr. **Arlindo de Almeida**, SINAMGE, observou
257 a dificuldade de transformar este Decreto em uma aplicação para pequenas empresas e
258 empresas regionais. Ele falou também na dificuldade de atendimento em sessenta
259 segundos pelo fluxo de ligações nas segundas-feiras, e no prejuízo causado pelo 0800. O
260 Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**, UNIMED do Brasil, falou que a UNIMED do Brasil
261 encaminhou um ofício questionando alguns pontos e solicitando ajuda da ANS para a
262 elaboração de uma regulação específica para o setor. Os principais pontos questionados
263 foram: tempo de atendimento, tratamento diferente por porte de operadora, a forma do
264 cancelamento deve observar o disposto no art. 472 do Código Civil que estabelece que “o
265 distrato faz-se pela mesma forma exigida para o contrato”. Assim, se o contrato é
266 celebrado formalmente, não pode ocorrer rescisão por telefone. A Dra. **Josefa René**
267 **Santos Patriota**, ADUSEPS, afirmou que o Decreto é fundamental para controlar o
268 atendimento. Ela reitera o pedido para que a saúde complementar participe da reunião
269 em Brasília com o Dr. **Ricardo Morishita**. Ela concordou com o Dr. **Cláudio** quanto ao
270 cancelamento do contrato não poder ser feito por telefone. A Dra. **Hilma Araújo dos**
271 **Santos**, PROCON/SP, afirmou que o Decreto deve regular e ser um coadjuvante do

272 Código de Defesa do Consumidor e não contrariá-lo. Ela salientou que os planos de saúde
273 ao podem ficam isentos de prestar atendimento telefônico no fim de semana e que em
274 relação ao cancelamento feito por telefone os efeitos devem ser contados a partir do
275 termino do período que já tinha sido pago. A Dra. **Maria Inês Dolci**, PROTESTE,
276 esclareceu que no caso dos planos de saúde o cancelamento se dá um mês após a
277 solicitação. O Dr. **Egberto Miranda Silva Neto**, UNIODONTO, fez apelo para que, se
278 não for editada norma própria da ANS dando tratamento específico ao segmento de
279 saúde, principalmente às operadoras de pequeno porte, que isso seja possível por meio
280 do Ministério da Justiça, conforme ocorreu com as empresas de televisão por assinatura,
281 nos termos da Portaria nº 2.014. O Dr. **Luiz Plínio Moraes de Toledo**, FBH, indagou
282 qual o papel dos hospitais dentro do que está sendo questionado, principalmente em
283 relação ao SAC. A Dra. **Josefa René Santos Patriota**, ADUSEPS, afirmou que os
284 serviços que funcionarem por 24 horas terá que ter o SAC por 24 horas, assim como o
285 PROCON deve funcionar por 24 horas. O Dr. **Eduardo Marcelo de Lima Sales**, ANS,
286 afirmou que a operadora que garantir o atendimento por 0800 fixo não é obrigada a
287 garantir também o atendimento via celular. Ele esclarece que a reunião em Brasília será
288 com o Sr. Morishita e com a comissão redatora do Decreto. Ele responde ao Dr. **Egberto**
289 que o oferecimento de um SAC é um diferencial de mercado. Ele afirmou que alguma
290 diferenciações podem sim ser elaboradas, conforme posterior negociação e discussão. Ele
291 esclareceu ao Dr. **Plínio** que os hospitais só deverão se adequar se virarem operadoras.
292 Ele afirmou que na questão do destrato deve-se considerar a natureza do assunto para
293 proteção do consumidor. Ele esclareceu que após confirmação do dia da reunião entrará
294 em contato por e-mail com o segmento, solicitando que fossem indicadas duas pessoas
295 das entidades que representam os segmentos do setor. O Sr. **Fausto Pereira dos**
296 **Santos**, ANS, agradece a todos e dá por encerrada a reunião.

297

298 Agência Nacional de Saúde Suplementar

299 Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde - ADUSEPS

300 Associações de Consumidores de Planos Privados de Saúde – PRO TESTE

301 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas –

302 CMB

- 303 Conselho Federal de Enfermagem - COFEN
- 304 Conselho Federal de Odontologia – CFO
- 305 Cooperativas de Serviços Médicos – UNIMED
- 306 Cooperativas de Serviços Odontológicos – UNIODONTO
- 307 Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE
- 308 Federação Brasileira de Hospitais – FBH
- 309 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG
- 310 Força Sindical
- 311 Fundação PROCON São Paulo
- 312 Fundação PROCON SJC
- 313 Ministério da Fazenda - MF
- 314 Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS
- 315 Segmento de Autogestão da Assistência à Saúde – UNIDAS
- 316 Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE
- 317 Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo – SINO