



GOVERNO FEDERAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

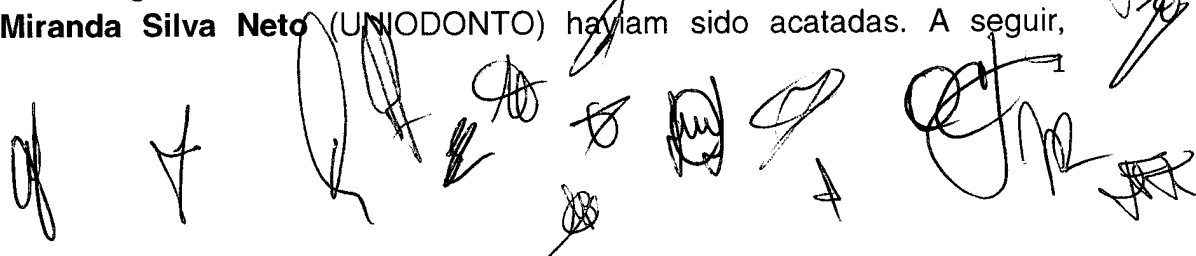


Ata da 67ª Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS

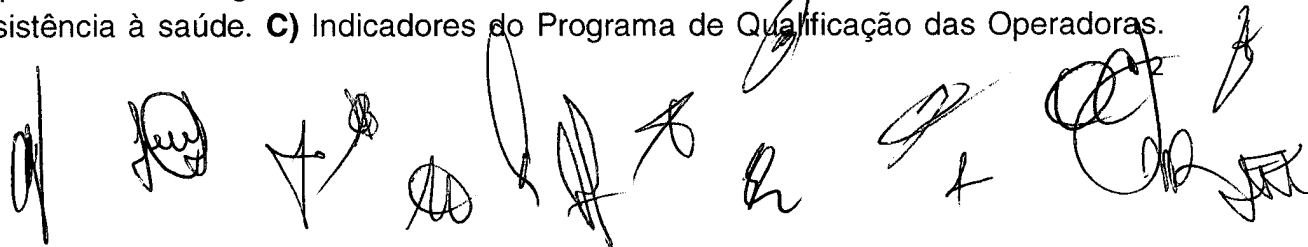
Data: 05/07/2011

Local: Hotel Pestana, Av. Atlântica, 2964 – Copacabana
Salão São Pedro da Aldeia/TR
Rio de Janeiro – RJ

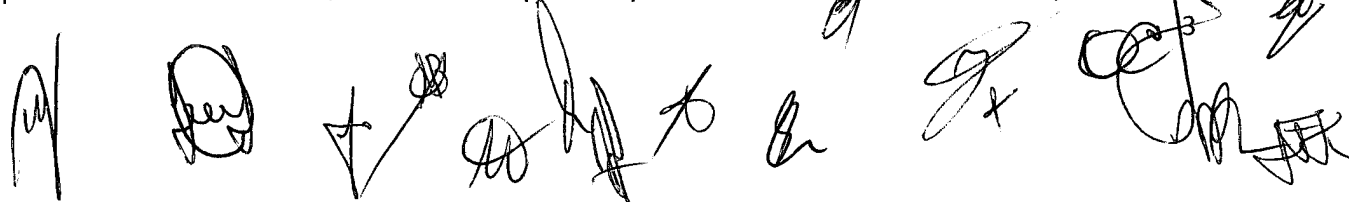
1 **ABERTURA** – No dia cinco de julho do ano de dois mil e onze, no Hotel Pestana,
2 Av. Atlântica, 2964, - Copacabana, Salão São Pedro da Aldeia/TR – Rio de
3 Janeiro/RJ teve início a Sexagésima Sétima Reunião Ordinária da Câmara de Saúde
4 Suplementar (CAMSS), órgão criado pela Lei nº 9.656, de 03 de julho de 1998,
5 integrante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de caráter
6 permanente e consultivo, nos termos do Parágrafo Único, do artigo 5º e artigo 13, da
7 Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, combinado com o artigo 4º da Medida
8 Provisória nº 2.177, versão 44. A reunião foi presidida pelo **Sr. Mauricio Ceschin**,
9 diretor-presidente da ANS, estando presentes os membros titulares e suplentes: **Srª**
10 **Ana Lúcia Silva Marçal** (Portadores de Patologias Especiais); **Sr. Arlindo de**
11 **Almeida** (Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE);
12 **Sra. Tainá Leandro** (Ministério da Justiça); **Sra. Maria do Carmo** (Ministério da
13 Saúde); **Sr. Carlos Norberto Varaldo** (Portadores de Patologias Especiais); **Sr.**
14 **Samir Najjar** (Conselho Federal de Odontologia – CFO); **Sr. Aloísio Tibiriçá**
15 **Miranda** (Conselho Federal de Medicina – CFM); **Sr. Julcemar José Ragnini**
16 (Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades
17 Filantrópicas – CMB); **Sr. Dante Ancona Montagnana** (Confederação Nacional de
18 Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS); **Sr. Egberto Miranda Silva**
19 **Neto** (Cooperativa de Serviços Odontológicos – UNIODONTO); **Sr. José Cláudio**
20 **Ribeiro Oliveira** (Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – UNIMED do
21 Brasil); **Sr. Bruno Eduardo dos Santos** (Ministério da Fazenda); **Sr. Eduardo de**
22 **Oliveira** (Federação Brasileira de Hospitais – FBH); **Sra. Larissa Elias Guimarães**
23 **Davidovich** (Núcleo de Defesa do Consumidor – NUDECON); **Sra. Denise**
24 **Rodrigues Eloi de Brito** (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
25 – UNIDAS); **Sr. Carlos Roberto Squillaci** (Sindicato Nacional das Empresas de
26 Odontologia de Grupo – SINOG); **Sra. Maria Beatriz Coacci Silva** (União Nacional
27 das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS); **Sr. Márcio Serôa de Araújo**
28 **Coriolano** (Federação Nacional de Saúde Suplementar – FENASAÚDE); **Sr.**
29 **Marcelo de Matos Ramos** (Ministério da Fazenda); **Sr. Luiz Carlos de Oliveira**
30 (Força Sindical); **Sra. Cleonice Caetano Souza** (União Geral dos Trabalhadores –
31 UGT); **Sr. Paulo Guilherme Barroso Romano** (Confederação Nacional do
32 Comércio de Bens, Serviços e Turismo – CNC); **Sra. Andréa da Silva Souza**
33 **Sanchez** (Associação Nacional dos Procons); **Sr. Florisval Meinão** (Associação
34 Médica Brasileira – AMB); **Sr. Francisco Eustácio Vieira** (Confederação Nacional
35 da Indústria – CNI); **Srª Laís Perazo Nunes de Carvalho** (Confederação Nacional
36 do Comércio de Bens, Serviços e Turismo – CNC); **Sr. Otelo Chino Junior** (Central
37 Única dos Trabalhadores – CUT); **Sr. José Maria Freire de Menezes Filho**
38 (Ministério da Previdência Social); **Sr. Roberto Paulo do Vale Tine** (Portadores de
39 Deficiência); **Sr. Welyton Dourado Gomes** (Fórum Nacional de Entidades Cíveis de
40 Defesa do Consumidor – FNECDC). O **Sr. Mauricio Ceschin** (ANS) deu início aos
41 trabalhos dando boa tarde a todos e justificou a ausência do **Sr. Pedro Henry Neto**
42 (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS). Informou que
43 as alterações e sugestões à ata da 66ª reunião da CAMSS apresentadas pelo **Sr.**
44 **Egberto Miranda Silva Neto** (UNIODONTO) haviam sido acatadas. A seguir,



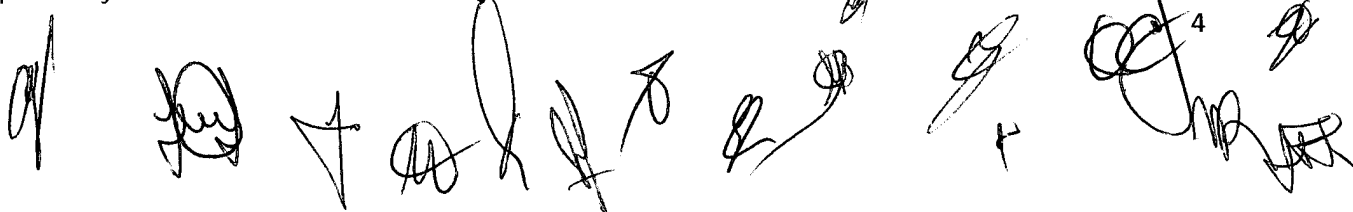
apresentou as alterações na composição de membros da Câmara para o biênio 2011/2012, conforme Portaria nº 4.471 do dia 29 de junho de 2011. Em seguida, passou a palavra ao **Sr. Leandro Reis** (ANS) para o primeiro item da pauta, que teve a seguinte dinâmica: **I – INFORMES: a) Consultas Públicas; b) Resoluções Normativas; c) Indicadores do Programa de Qualificação das Operadoras. d) Subcomissão de saúde suplementar no Congresso Nacional. II – PAUTA: a)** Passando ao ponto: **I – INFORMES: A) Consultas Públicas**, informou que existiam duas consultas públicas em andamento, a n.º 43, para atualização do padrão da troca de informação na saúde suplementar, o padrão TISS, e a consulta pública n.º 44, que institui o Programa de Monitoramento da Qualidade de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar, Projeto Qualis. Informou também existirem consultas públicas encerradas recentemente, como a consulta pública 40, que atualizava o rol de procedimentos e eventos em saúde; a consulta pública n.º 41, que regulamentava os art. 30 e 31 da lei 9.656 que trata de aposentados e demitidos; e a consulta pública n.º 42, que tratava do envelhecimento ativo da população. Passando ao ponto **B) Resoluções Normativas**, apresentou as Resoluções publicadas desde a última reunião da Câmara de Saúde Suplementar: **i)** No tópico “Ressarcimento ao SUS” foram publicadas duas resoluções normativas, a RN 251 e a RN 253. Destacou que a RN 251, de 25 de abril, tratava do procedimento eletrônico de ressarcimento e que a RN 253, de 6 de maio, tratava do procedimento físico de ressarcimento ao SUS e normas de repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS. Observou que dentro dessa norma, as principais alterações eram a criação do IVR - Índice de Valoração do Ressarcimento, em substituição à TUNEP; a redução do prazo de impugnação para 30 dias corridos; a possibilidade de se publicar no Diário Oficial notificação às operadoras, caso o endereço constante nos registros da ANS fornecidos pela operadora não estivesse confirmado pelo serviço postal; frisava a aplicação do instituto da preclusão administrativa durante o trâmite processual e dava previsão do não conhecimento como tipo de decisão e suas hipóteses de cabimento, conforme previsto na IN 47. **ii)** No tópico “Portabilidade”, informou que a RN 252 trazia novas regras de portabilidade e de portabilidade especial de carência, tendo sido feitas alterações com relação à abrangência geográfica do plano, ao prazo para o exercício da portabilidade passar de dois para quatro meses e a permanência mínima do plano ter sido reduzido de dois para um ano. **iii)** No tópico “Adaptação e Migração”, informou que fora publicada a RN 254, que entraria em vigor em 4 de agosto de 2011 e que na sequência dessa Resolução Normativa seria publicada uma Instrução Normativa para definição do plano em tipo compatível para saber para onde o beneficiário poderia migrar sem cumprimento de carência. **iv)** A Resolução Normativa 256, informou tratar-se do Plano de Recuperação Assistencial e Direção Técnica, que instituía o plano de recuperação assistencial e regulava o regime especial e direção técnica no âmbito do mercado de saúde suplementar. **v)** Por fim, informou que a RN 259 tratava da garantia de acesso e qualidade assistencial, dispondo sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. **C) Indicadores do Programa de Qualificação das Operadoras.**



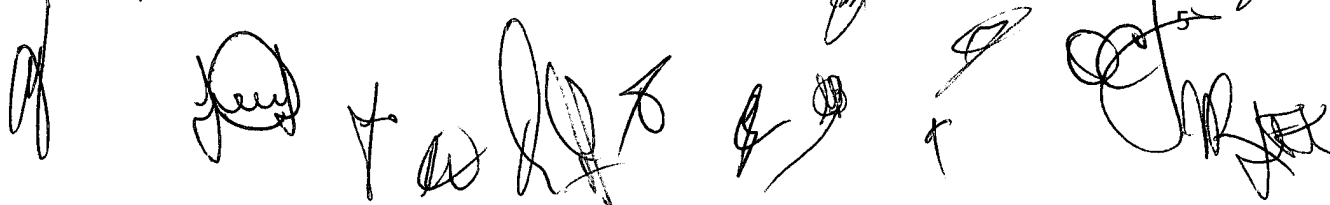
89 Sobre este item, informou que seria realizada uma Câmara Técnica para discutir o
90 programa e discutir os novos indicadores da quarta fase do programa. Apontou que
91 a reunião dessa Câmara Técnica estava marcada para o dia 3 de agosto de 2011, e
92 reforçou a importância da participação ativa de todos os membros da Câmara de
93 Saúde Suplementar para que se tivesse uma boa produção de conhecimento, com
94 indicadores que refletissem a realidade do setor. Destacou que após a consolidação
95 das contribuições, a ANS colocaria em consulta pública para que a sociedade civil
96 também enviasse contribuições no período de 22 de agosto a 22 de setembro de
97 2011. Passando ao item **D) Instauração de uma subcomissão de saúde suplementar**
98 no Congresso Nacional, informou que em abril, por solicitação do Deputado
99 Mandetta (DEM/MS), em reunião na Comissão de Seguridade Social e Família da
100 Câmara dos Deputados fora determinada a instalação de uma subcomissão especial
101 destinada a avaliar o sistema de saúde complementar do país. Apontou que a
102 solicitação fora aprovada no dia 6 de abril, tendo sido instalada no dia 28 de abril.
103 Observou que já haviam ocorrido três reuniões e que o prazo da subcomissão era
104 de noventa dias para a emissão do relatório de avaliação, podendo esse prazo ser
105 prorrogado por mais noventa dias. Em seguida, a ata foi colocada em apreciação.
106 Não havendo manifestações, foi aprovada a ata da 66ª CAMSS por unanimidade.
107 Antes de passar para as apresentações, o **Sr. Márcio Coriolano** (FENASAÚDE), no
108 que diz respeito à RN 254, que tratava da adaptação e migração, pediu a
109 compreensão da Diretoria da Agência com relação ao pleito feito pela FENASAÚDE,
110 no sentido da dilação do prazo estipulado. Registrou também que a FENASAÚDE
111 lamentava que muitas das propostas que fez para a consulta pública da migração e
112 adaptação não tivessem sido contempladas. Em seguida, o **Sr. José Cláudio**
113 **Ribeiro** (UNIMED) também registrou o pedido de prorrogação do prazo estipulado
114 pela RN 254. Passada a palavra à **Sra. Andréa da Silva Sanchez** (Associação
115 Nacional dos Procons) esta apontou que seria interessante existir um canal para
116 envio de questionários e dúvidas, para que solicitar esclarecimentos e apresentar
117 contribuições efetivas. Também solicitou, em relação à RN 254, a ampliação dos
118 prazos para que pudessem, de alguma forma, contribuir com todas as questões
119 apresentadas. Com a palavra o **Sr. Leandro Reis** (ANS), informou que o canal para
120 comunicação com os órgãos de defesa do consumidor estava sendo preparado na
121 Agência, e que em breve iriam ter isso disponibilizado. Passando ao item **II –**
122 **PAUTA: a) Agenda Regulatória**, a **Sra. Luciana Silveira** (ANS) informou que
123 desde a última apresentação feita na 66ª CAMSS haviam acontecido avanços, que
124 passou a destacar, apontando também os próximos passos. Relembrando, observou
125 que a Agenda Regulatória era composta por nove eixos temáticos, que se
126 desdobravam em sub-temas. Em relação à formatação de produtos de planos de
127 saúde com alternativas mista de mutualismo, apontou ter havido um avanço
128 significativo nos debates, nas possibilidades, nas conversas e que o próximo passo
129 era sentar com algumas entidades representativas, como defesa do consumidor,
130 SUSEP, FENAPREV, FENASAÚDE, CA, STE para só então fechar um modelo
131 específico misto de produtos. Com relação ao segundo eixo “Garantia de acesso e
132 qualidade assistencial”, destacou que o primeiro desdobramento e já estava



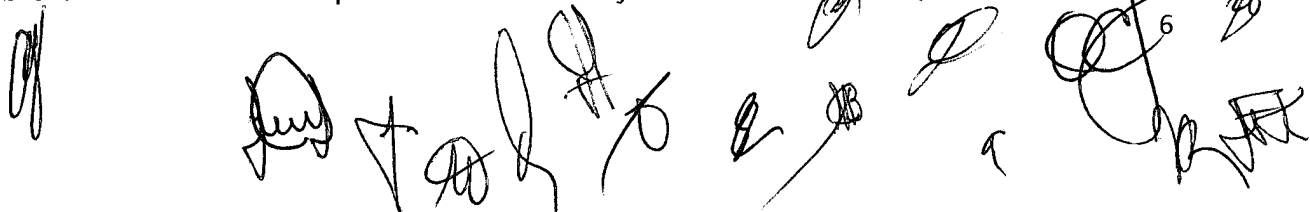
concluído com a publicação da RN 259, que determinava os prazos máximos para atendimento. Sobre o programa de monitoramento Qualis, informou que a consulta pública estava em andamento, n.º 44, tendo como data final o dia 23 de julho deste ano. No eixo três, “Modelo de pagamento a prestadores”, sub-tema “Estimular a adoção pelo setor de codificação única para procedimentos e eventos em saúde”, informou existir um comitê chamado COPIS, cuja a intenção era aprimorar o padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar e revisar periodicamente a Tabela de Terminologias Unificadas da Saúde Suplementar. No eixo quatro, “Estudar alternativas de oferta de assistência farmacêutica ambulatorial para beneficiários do setor de saúde suplementar, portadores de patologias crônicas de maior prevalência como forma de reduzir o sub-tratamento” destacou que a idéia era se constituir um grupo técnico para estudar a possibilidade e oferta em assistência farmacêutica com e sem necessidade de alterações da lei. No eixo 5 “Incentivo à concorrência”, em “garantia de acesso à informação”, no item “efetuar a revisão do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar do Programa de Qualificação de Operadoras, principalmente no que se refere à dimensão “satisfação de beneficiários”, apontou que foram feitas diversas reuniões do grupo técnico para elaboração de propostas de revisão dos indicadores do programa de qualificação e metodologia de pesquisa de satisfação de beneficiários. Apontou que o próximo passo era realizar uma câmara técnica para colocar em discussão as propostas de novos indicadores, de novos pesos, e uma minuta de normativo também já elaborada pelo grupo técnico, além da metodologia de pesquisa de satisfação de beneficiários. No eixo de Assistência ao Idoso, informou que ainda estava em fase de pesquisas e anunciou que uma pesquisa bastante grande já fora publicada e que estava inclusive no Portal da ANS, sobre experiências internacionais e modelos de financiamento do cuidado ao idoso. O **Sr. Aloísio Tibiriçá** (CFM) solicitou à ANS que brevemente instalasse uma Câmara Técnica ou o nome que pudesse ser dado, para que a consulta pública fosse debatida com quem era o alvo dela, os médicos, pois, apontou, isso não havia acontecido. O **Sr. Mauricio Ceschin** (ANS) disse que iria agendar uma reunião com as entidades para iniciar essa discussão, caso as entidades entendam que seja necessária, com relação não só ao passado, mas também com aquilo que estava se programando para o futuro. Passando à segunda apresentação, **b) Envelhecimento Ativo**, a **Sra. Marta** (ANS) apontou ser um tema da Agenda Regulatória que era discutido no âmbito de um grupo externo que fora formado com esse fim. Passando algumas informações gerais, apontou que haveria uma inversão da característica da população em breve, e informou que em 1990, 7% da população brasileira era idosa, em 2010, 10% e em 2030 a estimativa era de atingir 18,7% da população com mais de 60 anos. Destacou que essa Resolução Normativa dispunha sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de plano de assistência à saúde para participassem de promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida, e de premiação pela sua participação em programas de promoção e prevenção. Destacou que haveria regras que estariam num instrumento e que a palavra “aditivo” sumiria, pois só era efetivamente necessário para bonificação; apontou que para premiação era um documento que estava se pensando no melhor nome ainda.



177 Observou que não se poderia exigir nenhum outro critério que não fosse adesão e a
178 participação, por exemplo, não poderia se exigir alcance de meta, resultado,
179 sinistralidade e tempo de permanência, nem se cobrar nenhum valor ou carência
180 para participação nesses programas. Destacou que alguns desses procedimentos
181 seriam detalhados numa Instrução Normativa. Informando sobre uma pesquisa
182 realizada pela ANS, destacou que a maior dificuldade encontrada para a realização
183 de um programa era a adesão dos beneficiários que era justamente o que essa
184 resolução tentava contornar e contemplar. Informou que das operadoras que não
185 oferecem os programas, 83% considerava que iria, efetivamente, estudar a
186 possibilidade de fazer um programa a partir de agora e 58% achava que essa
187 resolução iria incentivar a adesão dos beneficiários. Em relação aos beneficiários,
188 apontou que 93% nunca haviam sido convidados para participar de nenhum
189 programa de promoção e prevenção. Com a palavra o **Sr. Márcio Coriolano**
190 (FENASAÚDE) apontou achar que a ANS não havia encontrado uma forma de
191 viabilizar o que achava que deveria ser viabilizado, efetivamente, que o programa
192 fosse dirigido a grupos de risco específicos. A **Sra. Marta** (ANS) destacou que o que
193 se pretendia era exatamente mudar o marco atual, de fazer promoção e prevenção
194 para quem está doente, para fazer promoção e prevenção para quem ainda não
195 estava doente. Passando ao ponto **c) Garantia de Acesso e Qualidade**
196 **Assistencial**, a **Sra. Carla Soares** (ANS) iniciou a apresentação, dizendo que a
197 justificativa para esse trabalho era primordialmente o estímulo ao credenciamento de
198 prestadores pelas operadoras. Como resultado da Consulta Pública, destacou que
199 do total de 3.004 contribuições, 2.155 foram através do sítio eletrônico, 849 através
200 de e-mail, sendo 92% desses e-mails de operadoras. Apontou que 41,8% das
201 contribuições foram no tema “prazos de atendimento”, 12,6% em “atendimento em
202 prestador não credenciado”, 9,7% em “disposições preliminares”, 10,6% em
203 “transporte”, 6,8% em “reembolso”, e 6,7% em “atendimento no município”. Como
204 resultado, apontou que no dia 20 de junho fora publicada a RN 259, que dispunha
205 sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência e
206 saúde e alterava a IN 23, que tratava de registro de produto. Destacou que o
207 principal objetivo era o estímulo ao credenciamento de prestadores de serviço para o
208 oferecimento da cobertura contratada e cobertura de entrega obrigatória por lei.
209 Como principais aspectos da resolução, apontou o estabelecimento dos prazos para
210 concepção do serviço ou a realização do procedimento, o estímulo do acesso livre
211 ao prestador e que a fiscalização seria movida por denúncia. Destacou também que
212 agora a governabilidade era da operadora, que devia apenas garantir o serviço,
213 sendo a forma ideal através de rede, mas não havendo rede, ela mesma daria
214 garantias para suprir a falha na conformação da sua rede. Após a apresentação, o
215 **Sr. Julcemar Ragnini** (CMB) indagou se, na questão de municípios limítrofes, havia
216 se pensado em um limite de distância para ser reembolsado, alegando que nos
217 municípios do interior havia uma série de dificuldades para se credenciar
218 profissionais. Respondendo, a **Sra. Carla Soares** (ANS) informou que não fora
219 fixado nenhum limite de distância, haja vista as diferenças entre os Estados do Brasil
220 e suas especificidades. Informou que no sub-tema “Critérios para suficiência de



rede” pretendia-se pensar numa conformação de vários pilares que levassem à
suficiência da rede prestadora, entre eles a distância. Em seguida, o **Sr. José
Cláudio Ribeiro** (UNIMED) parabenizou pela apresentação, mas destacou achar
que a resolução não sairá a contento das operadoras, apesar de muito discutida.
Observou que a ANS não fora sensível ao não contemplar as reiteradas colocações
da UNIMED. Exemplificou dizendo que já houvera uma elitização dos produtos pois,
a cobertura era ampla e se ampliava com um novo rol a cada dois anos, o que
provocava aumento do valor do produto. Apontou que o reembolso por
deslocamento até um profissional credenciado provocaria mais uma elitização, pois
poderia alterar o interesse das operadoras em manter redes credenciadas
municipais em locais onde não houvesse 100% de atendimento. Por fim, sugeriu que
ficasse claro, em relação ao art. 3º, § 1º, que o prazo se referia à operadora, não ao
prestador, pois destacou que somente no momento em que a operadora era
demandada era que ela poderia agir para garantir o atendimento. A seguir, o **Sr.
Egberto Miranda Neto** (UNIODONTO) concordou com as colocações do **Sr. José
Cláudio Ribeiro** (UNIMED) e acrescentou que sua preocupação com o reembolso
integral e com o reembolso do transporte era de haver um estímulo ao
descredenciamento e ao desligamento do cooperado da cooperativa, ao invés de um
estímulo ao credenciamento, como apontado pela ANS. A seguir, o **Sr. Arlindo
Almeida** (SINAMGE), aditou as palavras do **Sr. José Cláudio Ribeiro** (UNIMED),
apontando que considerava injusto o tipo de posicionamento da Agência Nacional de
Saúde Suplementar, apontando que o estímulo deixaria de existir em regiões que
tivessem certa dificuldade em ter prestadores. Em seguida, o **Sr. Aloísio Tibiriçá**
(CFM) disse sentir falta de dados sobre os prestadores no Caderno de Informações
de Saúde Suplementar e apontou achar ser muito factível a obtenção de dados
completos ao cruzar informações de hospitais, operadoras e usuários. Apontou que
saber sobre a realidade dos prestadores daria para a ANS uma capacidade maior de
mensurar a rede de usuários versus a rede de prestadores, de forma a poder regular
o mercado mais eficientemente. Destacou que se houvesse uma melhoria na
remuneração do prestador médico, a consequência seria um aumento de interesse
do prestador em abrir mais horários para atendimento ao conveniado. A **Sra. Denise
Rodrigues Brito** (UNIDAS) registrou que em algumas regiões tinha certeza que
enfrentaria dificuldades com as novas regras, pois atualmente já havia dificuldade de
formação de rede. Destacou que as autogestões não comercializavam planos e não
escolhiam onde iriam prestar assistência, visto que tinham beneficiários, servidores
públicos e trabalhadores, em praticamente todos os municípios no país. Ressaltou a
necessidade regras diferenciadas para o segmento. A **Sra. Larissa Davidovich**
(NUDECON) parabenizou à ANS por ter as portas sempre abertas para a discussão,
antes da publicação das resoluções, e através das consultas públicas. Disse esperar
a colaboração e participação de todos do setor para que tudo desse certo. Com a
palavra o **Sr. Márcio Coriolano** (FENASAÚDE) apontou que o objetivo de todas as
operadoras era de garantir a melhor assistência possível para os beneficiários
contratarem os seus planos. Concordou que não se tinha atualmente a avaliação
sobre densidade de rede prestadora de serviço médico hospitalar por beneficiário, e



265 destacou achar que a Agência deveria caminhar por esse caminho, de forma a
266 poder separar o joio do trigo, apontando aquilo que merecia melhoria. Passando às
267 respostas, o **Sr. Mauricio Ceschin** (ANS) apontou que em seu modo de entender, a
268 questão dos prazos para atendimento estava mais do que contemplada, pois não
269 foram inventados prazos pela ANS, mas sim foram tirados de uma pesquisa que as
270 operadoras responderam sobre quais os prazos que atendiam e quais os prazos que
271 elas achavam que deveriam atender. Quanto à “injustiça” apontada pelo **Sr. Arlindo**
272 **Almeida** (SINAMGE), apontou que era obrigação das operadoras garantir em 100%,
273 conforme dizia a lei, acesso àquilo que o rol definia e que o papel da ANS era
274 apenas garantir que os serviços ofertados para determinada abrangência geográfica
275 fossem de fato cumpridos. Sobre a questão do reembolso, explicou que era devido
276 quando a rede não era suficiente para o atendimento daquilo que estava previsto no
277 rol. Apontou que o que a ANS entendia como oferta rede era aquela necessária e
278 suficiente para dar aquilo que estava previsto no rol, que era o direito do beneficiário.
279 Sobre os dados de prestadores, informou ser uma dificuldade da ANS a obtenção
280 desses dados, mas apontou que a discussão sobre a RN do Georreferenciamento
281 vinha no intuito de localizar os prestadores, o que possibilitaria uma série de
282 análises sobre suficiência de rede e qualidade de atendimento. Por fim, disse achar
283 que o tempo demonstraria o aprimoramento necessário e que não se furtava a rever,
284 se houvesse exagerado num ponto ou houvesse necessidade de rever outro. Antes
285 de finalizar a reunião, o **Sr. Mauricio Ceschin** (ANS) comunicou que houve algumas
286 mudanças em diretorias da ANS, tendo sido indicado o **Sr. Wladimir Ventura de**
287 **Souza** para diretor adjunto da DIDES e a **Sra. Carla Soares** como diretora adjunta
288 da DIPRO. Sem nenhuma outra manifestação a ser feita ou assunto a ser tratado, o
289 **Sr. Mauricio Ceschin** (ANS) agradeceu a presença e deu por encerrada a sessão.



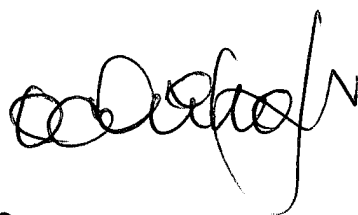
290 Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

291 Associação Nacional dos Procons

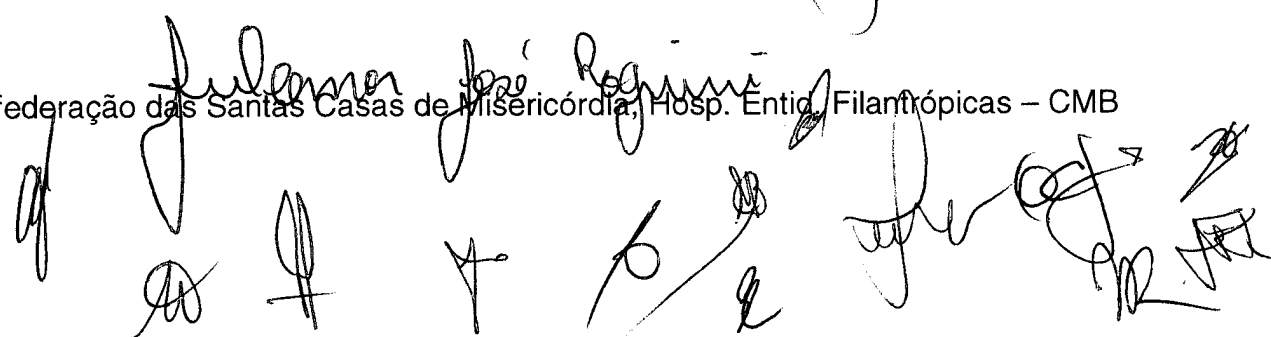


292 Associação Médica Brasileira – AMB

293 Central Única dos Trabalhadores – CUT



294 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hosp. Entid. Filantrópicas – CMB



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

296 Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – UNIMED DO BRASIL

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

298 Confederação Nacional da Indústria – CNI

299 Cooperativa de Serviços Odontológicos – UNIODONTO

300 Conselho Federal de Odontologia – CFO

301 Conselho Federal de Medicina – CFM

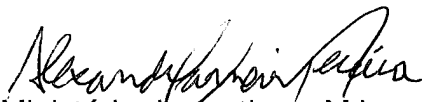
302 Federação Brasileira de Hospitais – FBH

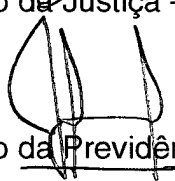
303 Federação Nacional de Saúde Suplementar – FENASAÚDE

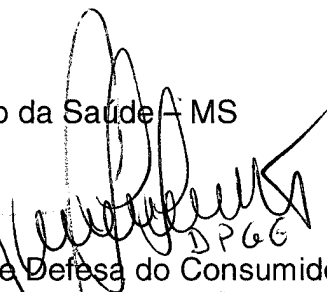
304 Fórum Nacional de Entidades Cíveis de Defesa do Consumidor

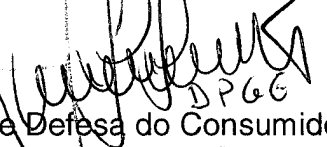
305 Força Sindical

306 Ministério da Fazenda – MF

307 
Ministério da Justiça – MJ

308 
Ministério da Previdência Social – MPS

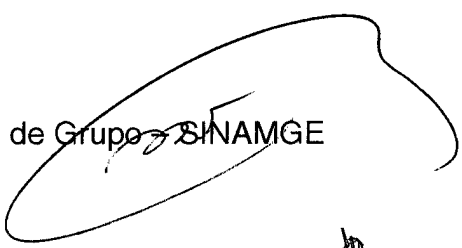
309 
Ministério da Saúde – MS

310 
Núcleo de Defesa do Consumidor – NEDECON

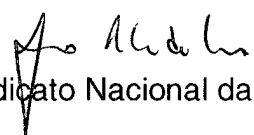
311 
Portadores de Patologias Especiais

312 
Portadores de Patologias Especiais

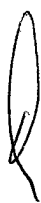
313 
Portadores de Deficiência

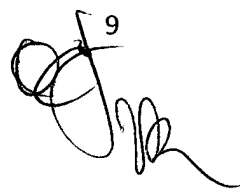
314 
Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE

315 
União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS

316 
Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo – SINOG

317 União Geral dos Trabalhadores – UGT



 9