



AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

Ata da 85ª Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS

Data: 10/12/2015
Local: Bolsa de Valores do Rio; Praça XV de Novembro, 20 – Térreo – Centro
Rio de Janeiro

ABERTURA – No dia 10 de dezembro do ano de dois mil e quinze, às treze horas e quarenta minutos, no Centro de Convenções Bolsa de Valores, no Rio de Janeiro, Praça Quinze de Novembro, número 20, no Salão Nobre, Térreo, Centro, teve início a Octogésima Quinta Reunião da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), órgão integrante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de caráter permanente e consultivo, nos termos do Parágrafo Único, do artigo 5º e artigo 13, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, combinado com o artigo 4º, da Medida Provisória número 2.177, versão 44. A reunião foi presidida pelo Sr. **José Carlos de Souza Abrahão**, Diretor-Presidente da ANS, estando presentes os membros titulares e suplentes, conforme lista de presença anexa. Estavam também presentes na abertura a Diretora de Gestão da ANS, Sra. **Karla Santa Cruz Coelho** e a Diretora de Desenvolvimento Setorial da ANS, Sra. **Martha Regina de Oliveira**. O Sr. **José Carlos de Souza Abrahão** (Diretor-Presidente da ANS) deu início à pauta, que teve a seguinte dinâmica: **I – Abertura; II – Informes; III – Apresentações e Debates; e IV – Encerramento**. O Sr. **José Carlos de Souza Abrahão** (Diretor-Presidente da ANS) saudou a todos os presentes e anunciou os novos integrantes da CAMSS: **Igor Rodrigues de Britto e Gustavo Gonçalinho da Mota Gomes**, titular e suplente, respectivamente, do Ministério da Justiça; **Tito Pereira Filho e Fabiano Augusto Sfier de Mello**, titular e suplente, respectivamente, do Conselho Federal de Odontologia; **Nádia Elisabeth Barbosa Villas Boas e Adriano Macedo Félix**, titular e suplente, respectivamente, do segmento de Portadores de Patologias Especiais; e **Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo e Luciana Souza da Silveira**, titular e suplente, respectivamente, da entidade representativa das Administradoras de Benefícios. Em seguida justificou as ausências dos seguintes membros: **Marisa Fúria (Conselho Nacional de Saúde); Salomão Rodrigues Filho (Conselho Federal de Medicina); Donizetti Dimer Giamberardino Filho (Conselho Federal de Medicina); Emilio Zilli (Associação Médica Brasileira); Edna Alves (União Geral dos Trabalhadores); Nádia Elisabeth Barbosa Villas Boas (segmento de portadores de patologias especiais); Plínio Lacerda (segmento de defesa do consumidor); Márcio Coriolano (Federação Nacional de Saúde Suplementar); René Patriota (segmento de associação de consumidores de planos privados de assistência à saúde); e Daniel Soranz (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde)**. Após os pronunciamentos iniciais, seguiu para o item II – Informes e fez leitura das principais resoluções normativas publicadas desde a última reunião. Em seguida chamou o Sr. **Luiz Gustavo Meira Homrich** (Secretário-Geral da ANS) que fez o informe da Agenda Regulatória da ANS 2016-2018 e salientou que todas as informações, inclusive sobre acolhimentos de sugestões, estão disponibilizadas no site da Agência.

Posteriormente o Sr. **José Carlos de Souza Abrahão** (Diretor-Presidente da ANS) chamou a Sra. **Raquel Medeiros Lisboa** (Gerente-Geral de Regulação Assistencial da ANS) para dar o informe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e sobre o Aplicativo ANS. Em relação ao Rol de Procedimentos, apresentou como se deu o processo de incorporações e exclusão de tecnologias que culminou na publicação da RN nº 387/15 e disse que todas as informações já constam no site da ANS. Em relação ao Aplicativo ANS, apresentou como se dá sua utilização, disse que já está disponível para usuários do sistema *Android* e que seu objetivo é disseminar informações sobre cobertura assistencial obrigatória, reajuste de planos de saúde e cadastro de operadoras. O Sr. **Maurício Lopes** (Federação Nacional de Saúde Suplementar) disse que não encontrou no aplicativo as regras que se aplicam às operadoras signatárias de um Termo de Compromisso referente a reajustes aplicados aos planos não regulamentados. A Sra. **Raquel Medeiros Lisboa** (Gerente-Geral de Regulação Assistencial da ANS) disse que o aplicativo somente traz as regras e os percentuais aplicados aos planos regulamentados e que este fato está explicado no aplicativo. O Sr. **Maurício Lopes** (Federação Nacional de Saúde Suplementar) sugeriu então que se desse mais destaque a esta explicação. O Sr. **Adriano Macedo Félix** (Conselho Nacional de Saúde / Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos) parabenizou e agradeceu a inclusão no Rol de Procedimentos de fármacos que possibilitam melhor tratamento para os pacientes reumáticos. O Sr. **Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo** (Associação Nacional de Administradoras de Benefício) parabenizou a ANS pelo desenvolvimento do aplicativo. Em seguida, a Sra. **Karla Santa Cruz Coelho** (Diretora de Gestão da ANS) informou sobre a realização do Seminário de Gestão do Conhecimento ANS/OPAS – Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar, e disse que os participantes da reunião da CAMSS estavam recebendo uma publicação que contém o resultado de pesquisas que contaram com quatro grandes áreas de conhecimento no campo da saúde suplementar: sustentabilidade e estímulo à qualidade, atenção à saúde em rede, políticas de saúde e gestão em saúde suplementar. Disse que findou um Termo de Cooperação de dez anos entre a ANS e a OPAS e que outro Termo já está sendo viabilizado. O Sr. **José Carlos de Souza Abrahão** (Diretor-Presidente da ANS) finalizou os informes com as propostas de datas de realização das reuniões da CAMSS para 2016, tendo sido definidos os dias 31 de março, 22 de setembro e 08 de dezembro. Em seguida, passou-se para o item III da pauta – **Apresentações**. O Sr. **Rafael Vinhas** (Gerente-Geral de Regulação da Estrutura dos Produtos) apresentou o item 3.1: Estudo sobre Vazios Assistenciais. Disse que se trata de um projeto iniciado na Agenda regulatória passada e finalizado

89 esse ano. Chamou a Sra. **Danielle Conte Alves** (Coordenadora
90 Regulatória da Estrutura das Redes Assistenciais) para detalhar o
91 estudo e apresentar o diagnóstico da dispersão dos prestadores de
92 serviços privados de saúde no Brasil. A Sra. Danielle disse que o termo
93 "vazios assistenciais" compreende aquelas localidades que não
94 apresentam alguns serviços estudados, como estabelecimentos para
95 internação, SADT, urgência e existência de médico clínico. Disse que a
96 coleta de dados foi realizada através do site do Datasus, por meio das
97 informações do CNES, e que o tipo de prestador selecionado foi
98 particular/planos de saúde privados e prestadores que não atendiam ao
99 SUS. Quanto à metodologia, esclareceu que primeiramente foi feita a
100 análise da existência dos serviços estudados já mencionados, em
101 seguida foi feita uma avaliação das informações pelos sistemas da ANS
102 (RPS, SIB, SIF e Ressarcimento ao SUS), posteriormente foi realizada
103 uma correlação entre os dados dos vazios assistenciais e dados da
104 saúde suplementar, principalmente a existência de beneficiários, e por
105 fim uma evolução dos vazios assistenciais no período de 2008 até 2014.
106 Em prosseguimento apresentou alguns resultados para a existência de
107 estabelecimentos para internação, para urgências, para SADT e para
108 médicos clínicos, chamando a atenção para piores resultados nas
109 regiões Norte e Nordeste. Concluiu que a falta de uniformidade na
110 distribuição de prestadores de serviços pelo país e a ausência de
111 prestadores em determinadas regiões, dificultam a adoção de
112 parâmetros quantitativos de suficiência para avaliar a adequação das
113 redes assistenciais; que é importante aprofundar estudos que permitam
114 aprimorar os critérios para monitoramento do acesso e da rede
115 assistencial na saúde suplementar; e que é necessário ampliar as
116 discussões relacionadas à rede assistencial com o setor de saúde
117 suplementar. Em seguida, a Sra. **Raquel Medeiros Lisboa** (Gerente-
118 Geral de Regulação Assistencial da ANS) apresentou o item 3.2 da
119 pauta: Vigitel da Saúde Suplementar. Disse que o Vigitel é um
120 importante instrumento de vigilância epidemiológica que vem sendo
121 desenvolvido pelo Ministério da Saúde desde 2006, com três edições
122 para a saúde suplementar. Informou que a publicação já está
123 disponibilizada no site da ANS e conceituou o Vigitel como um Inquérito
124 Epidemiológico Telefônico que contém estimativas sobre frequência e
125 distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para
126 doenças crônicas, nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito
127 Federal. Disse que em 2014 foram realizadas 40.853 entrevistas
128 (mínimo de 1500 por capital), entre fevereiro e dezembro. Pontuou que
129 os objetivos do Vigitel da Saúde suplementar são: (a) Monitorar a
130 frequência e a distribuição dos principais determinantes das doenças
131 crônicas não transmissíveis (DCNT) por inquérito telefônico; (b) Atualizar
132 a prevalência dos principais indicadores do Vigitel na população de

133 beneficiários de planos privados de saúde; (c) Descrever a evolução
134 anual desses indicadores desde 2008; e (c) Orientar a formulação de
135 programas pelas operadoras de planos de saúde e contribuir para um
136 Modelo de Atenção Integral à Saúde. Apresentou a evolução dos
137 principais fatores de risco identificados pelos indicadores do Vigitel:
138 tabagismo, excesso de peso e obesidade, consumo alimentar, atividade
139 física, consumo de bebidas alcoólicas, condução de veículo motorizado
140 após consumo de bebidas alcoólicas, autoavaliação do estado de saúde,
141 prevenção de câncer e morbidade referida (hipertensão e diabetes). O
142 Sr. **Francisco Roberto Balestrin de Andrade** (Associação Nacional de
143 Hospitais Privados) fez três questionamentos relacionados à
144 apresentação sobre vazios assistenciais: (1) Se os prestadores que
145 possuem porta dupla, ou seja, atendem também ao SUS, foram
146 excluídos da amostra e, em caso positivo, por que; (2) Qual a definição
147 primária utilizada para o chamado médico clínico; e (3) Se existiu uma
148 correlação entre beneficiários e serviços, já que ficou claro que no Norte
149 e no Nordeste existem os maiores vazios assistenciais e também é certo
150 que a penetração dos planos de saúde nessas regiões é menor. A Sra.
151 **Danielle Conte Alves** (Coordenadora Regulatória da Estrutura das
152 Redes Assistenciais) esclareceu que foram selecionados prestadores
153 que prestam serviços privados e excluídos os que prestam serviços
154 exclusivos para o SUS. Em relação ao médico clínico, disse que foi
155 utilizada a definição disponível no site do Datasus. Por fim, em relação
156 ao último questionamento, o Sr. **Rafael Vinhas** (Gerente- Geral de
157 Regulação da Estrutura dos Produtos), esclareceu que na publicação do
158 estudo sobre vazios assistenciais existe um mapa que demonstra a
159 vinculação da ausência de serviços com o menor número de
160 beneficiários naquelas regiões. O Sr. **Maurício Lopes** (Federação
161 Nacional de Saúde Suplementar) disse possuir uma preocupação em
162 relação aos dados do CNES; já que os mesmos escondem um segundo
163 vazio, pois o fato do estabelecimento estar cadastrado para fazer SADT
164 não quer dizer que ele faz todos os SADTs, ou seja, quando olhamos os
165 vazios assistenciais para SADT, na realidade, esse vazio pode ser muito
166 maior do que o demonstrado. Colocou que a solução que vem sendo
167 encontrada pelo mercado para lidar com os vazios assistenciais é muito
168 onerosa, razão pela qual acha que a discussão sobre um produto mais
169 regionalizado deve ocorrer, inclusive levando-se em consideração algum
170 tipo de subsegmentação dentro do que é a cobertura possível naquela
171 região. O Sr. **Adriano Macedo Félix** (Conselho Nacional de Saúde /
172 Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos) disse que as
173 experiências com o uso do Vigitel têm sido exitosas e citou o exemplo
174 das próteses. Em relação às doenças crônicas não transmissíveis, falou
175 que deve-se evidenciar que algumas etiologias são desconhecidas para
176 desencadear essas patologias. Citou seu caso concreto e disse que

177 levou cerca de oito anos para ser diagnosticado, apesar de ser usuário
178 da saúde suplementar, e que só teve seu diagnóstico no sistema
179 público, o que pode demonstrar que existe um problema ou no
180 encaminhamento correto, na questão da capacitação dos médicos, ou
181 de déficit na parte do atendimento genético, na própria estruturação do
182 sistema. O Sr. **Maurício Lopes** (Federação Nacional de Saúde
183 Suplementar) pediu que no âmbito das discussões para construção do
184 Rol de Procedimentos para o próximo biênio, se leve em consideração a
185 questão dos vazios assistenciais. O Sr. **José Carlos de Souza Abrahão**
186 (Diretor-Presidente da ANS) seguiu para os itens 3.3 e 3.4 da pauta: D-
187 TISS e Novas ações de transparência das informações na saúde
188 suplementar. A Sra. **Martha Regina de Oliveira** (Diretora de
189 Desenvolvimento Setorial da ANS) disse que existem três projetos que
190 precisam ser desenvolvidos na saúde suplementar: transparência da
191 informação, qualidade e mudança de financiamento do setor. Chamou a
192 Sra. **Elisabeth Andrea Covre Alves** (Gerente-Executiva de Produção e
193 Análise da Informação) para apresentar o D-TISS. A Sra. Elisabeth
194 Covre disse que o D-TISS é um detalhamento dos dados do TISS, que
195 passou a ser obrigatório desde setembro de 2014. Colocou que
196 atualmente a ANS recebe algo em torno de 70 milhões de lançamentos
197 por mês, o que demonstra a riqueza dessa fonte de informações, e que
198 a DIDES entendeu que deve dar divulgação desses dados à sociedade.
199 Disse que o D-TISS foi inspirado em um site norte americano chamado
200 *guroo*, que reúne os dados de algumas operadoras americanas em
201 relação a preço e disponibiliza esses dados para a sociedade.
202 Demonstrou como o D-TISS está disponível no site da ANS, no espaço
203 da qualidade ou nos dados do setor, e disse que a busca confere a visão
204 epidemiológica, financeira e OCDE. Disse que a visão epidemiológica
205 pode ser realizada por prestadores ou por procedimentos. Já a busca da
206 visão financeira pode se dar por quatro formas: mapa/evolução, Box
207 Plot, Despesas e Composição. Por fim, na visão Organização para
208 Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), é possível
209 consultar indicadores dos países da OCDE e compará-los aos
210 indicadores do Brasil. Em seguida, o Sr. **Gustavo Macieira** explicou que
211 a RN 389/15 contém as regras sobre a questão da transparência das
212 informações, e que trata-se apenas do início do processo. Disse que a
213 partir de 2016, os portais das operadoras deverão conter áreas restritas
214 destinadas aos beneficiários e às pessoas jurídicas contratantes. Em
215 relação à área dos beneficiários, disse que o Portal de Informações do
216 Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS deve ser um repositório de
217 informações individualizadas relativas ao beneficiário, titular ou
218 dependente, do plano privado de saúde, em área restrita do portal da
219 operadora, que deve estar disponibilizada a partir de 02 de janeiro de
220 2016. Explicou como deve ser disponibilizado o conteúdo:

221 obrigatoriamente em meio digital, através do portal da operadora; deverá
222 ser passível de impressão no portal da operadora; poderá estar
223 disponível integral ou parcialmente em aplicativos disponíveis em
224 computadores, tablets e celulares. Esclareceu que deve haver um
225 Componente Cadastral, com 22 tipos de informações de natureza
226 cadastral, e um Componente Utilização de Serviços, que deve conter o
227 detalhamento dos exames, consultas e outros procedimentos realizados
228 pelo consumidor. Disse que o primeiro extrato do Componente Utilização
229 dos Serviços deverá ser disponibilizado em agosto de 2016,
230 contemplando as informações referentes ao primeiro semestre de 2016,
231 e que esse componente disponibilizará o valor global por tipo de
232 prestação de serviços (se o beneficiário realizou três consultas, por
233 exemplo, ele terá acesso ao valor das três consultas de forma global, e
234 não o valor de cada consulta). Já a área das pessoas jurídicas
235 contratantes e das administradoras de benefícios, deve conter a
236 Demonstração de Memória de Cálculo e o Critério Técnico e o contato
237 de atendimento da operadora. O extrato deve ser disponibilizado com no
238 mínimo 30 (trinta) dias de antecedência da data prevista para a
239 aplicação reajuste. Explicou que na hipótese de o contrato estipulado
240 prever um índice específico para o reajuste, a operadora deverá informar
241 o valor referente ao período a que corresponde o reajuste, que a
242 informação deve ser dada diretamente à Administradora de Benefícios,
243 se o contrato for firmado através dela, e que o beneficiário poderá
244 solicitar o extrato para a operadora ou administradora. O Sr. **Egberto**
245 **Miranda Silva Neto** (Cooperativas de Serviços Odontológicos) solicitou
246 esclarecimentos acerca das informações sobre contratação e início de
247 cobertura que devem ser disponibilizadas obrigatoriamente no
248 Componente Cadastral do PIN-SS. O Sr. **Gustavo Macieira** esclareceu
249 que a contratação refere-se a data da assinatura do contrato pela
250 pessoa jurídica contratante e que o início da cobertura refere-se a data
251 em que as coberturas começam a ser devidas para aquele beneficiário.
252 O Sr. **Egberto Miranda Silva Neto** (Cooperativas de Serviços
253 Odontológicos) disse que haveria um problema, já que as informações
254 devem ser individualizadas e que as datas de carência são diferentes
255 para cada tipo de procedimento. A Sra. **Martha Regina de Oliveira**
256 (Diretora de Desenvolvimento Setorial da ANS) disse que haverá um
257 manual para preenchimento do PIN-SS pelas operadoras de planos de
258 saúde, mas que a data do início de cobertura deverá observar a primeira
259 cobertura devida, com a possibilidade de se inserir observações a fim de
260 explicar isso melhor para os beneficiários. O Sr. **Egberto Miranda Silva**
261 **Neto** (Cooperativas de Serviços Odontológicos) colocou sua
262 preocupação em relação ao prazo para essas adequações, pois em
263 vinte dias essa questão deve estar disponibilizada com as devidas
264 explicações para os beneficiários e para a área de TI pode ser um

265 complicador. Disse também que o problema referente ao Cartão
266 Nacional de Saúde continua e que pela norma a própria DIDES deveria
267 devolver a numeração às operadoras até o dia 31 de dezembro. A Sra.
268 **Martha Regina de Oliveira** (Diretora de Desenvolvimento Setorial da
269 ANS) disse que a Agência teve muitas dificuldades, mas que já foi
270 possível entregar o número do cartão a mais de 70% dos beneficiários
271 da saúde suplementar e que os 30% restantes possuem um problema
272 de natureza cadastral, que as operadoras devem solucionar. Informou
273 que no dia 14 de dezembro haverá uma reunião do Datasus com
274 algumas operadoras para tentar resolver esses problemas que ainda
275 existem. Disse que está combinado que até o final do primeiro trimestre
276 de 2016 esses problemas estarão solucionados de forma conjunta. O Sr.
277 **Egberto Miranda Silva Neto** (Cooperativas de Serviços Odontológicos)
278 disse ter conhecimento de um problema localizado em uma grande
279 operadora e de um problema de sistema reconhecido pelo próprio
280 Ministério da Saúde e que sua preocupação é de no dia 02 de janeiro
281 um beneficiário não conseguir obter suas informações no PIN-SS porque
282 ainda não foi disponibilizado o número do Cartão Nacional de Saúde à
283 operadora. A Sra. **Martha Regina de Oliveira** (Diretora de
284 Desenvolvimento Setorial da ANS) disse que se no caso concreto for um
285 problema causado pela ANS, não haverá qualquer consequência para a
286 operadora. O Sr. **Egberto Miranda Silva Neto** (Cooperativas de
287 Serviços Odontológicos) disse também que há preocupação das
288 pequenas operadoras com o prazo para o extrato de utilização dos
289 serviços. O Sr. **Igor Rodrigues de Brito** (Ministério da Justiça)
290 parabenizou a Agência pelas iniciativas nas ações de transparência e
291 disse que o Ministério da Justiça acredita que o empoderamento do
292 consumidor é fundamental para uma intervenção sensata no mercado.
293 Disse que fez um teste do D-TISS, dentro das perspectivas do
294 consumidor, e que sentiu muitas dificuldades, mas que conseguiu
295 entender melhor depois da apresentação, razão pela qual sugeriu a
296 criação de um tutorial. Disse que se o conteúdo tiver apresentado de
297 forma didática, a Senacon poderia contribuir estimulando o uso do
298 instrumento pelo consumidor. A Sra. **Martha Regina de Oliveira**
299 (Diretora de Desenvolvimento Setorial da ANS) disse que o D-TISS
300 precisa dar o foco da academia, das operadoras, dos prestadores e dos
301 beneficiários. Por esta razão a ANS está pensando em disponibilizar
302 para as operadoras e para a academia a base inteira. Em contrapartida,
303 para os beneficiários, a Agência pensa em simplificar o acesso e a forma
304 de consulta, mas como existe uma dificuldade grande do órgão
305 regulador em comunicar sobre saúde, seria importante o recebimento de
306 contribuições da Senacon nesse sentido. O Sr. **Otelo Chino Junior**
307 (Central Única dos Trabalhadores) questionou se eventualmente estas
308 informações não podem se transformar em uma lista negra. A Sra.

309 **Martha Regina de Oliveira** (Diretora de Desenvolvimento Setorial da
310 ANS) disse que tratam-se de informações gerais, sem possibilidade de
311 individualização, exatamente para preservar a questão do sigilo do
312 paciente. A Sra. **Patrícia Cardoso Maciel Tavares** (Entidade
313 representativa do segmento de Defesa do Consumidor /Nudecon) disse
314 que também entrou no D-TISS e também sentiu dificuldade na
315 utilização. Se colocou a disposição para contribuir na construção de um
316 sistema mais simplificado para o consumidor e disse que gostaria de
317 ajudar na divulgação também das outras ferramentas tão importantes,
318 como o aplicativo, já que quando o consumidor é bem informado metade
319 dos problemas desaparece. A Sra. **Martha Regina de Oliveira** (Diretora
320 de Desenvolvimento Setorial da ANS) agradeceu e disse que marcará
321 uma reunião com a participação de quem quiser contribuir para a
322 simplificação da linguagem para o consumidor. O Sr. **Cristiano Milani**
323 (Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência / Academia
324 Brasileira de Neurologia) se colocou à disposição, em nome da
325 academia, para também contribuir com a melhoria do D-TISS. Em
326 seguida, passou-se para o item 3.5 da pauta: RN do Fator de Qualidade.
327 A Sra. **Jacqueline Alves Torres** (Gerente Executiva de Aprimoramento
328 do Relacionamento entre Prestadores e Operadoras) disse que o índice
329 de reajuste definido pela ANS para prestadores, previsto na Lei
330 13.033/14, é aplicado em situações específicas, definidas nas
331 Resoluções Normativas nº 364, 391 e na Instrução Normativa DIDES nº
332 61. Ressaltou quais são essas situações específicas e lembrou que a
333 RN 364 definiu que o índice de reajuste a ser aplicado é o Índice
334 Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) atrelado a um fator de
335 qualidade, que é um fator multiplicador baseado em critérios de
336 qualidade a ser utilizado na composição do índice de reajuste definido
337 pela ANS para prestadores de serviços de saúde. Ressaltou que o
338 objetivo do fator de qualidade é incentivar a melhoria do cuidado em
339 saúde tomando-o mais seguro, efetivo, centrado no paciente, oportuno,
340 eficiente e equitativo. Prosseguiu explicando que a RN 391 alterou
341 alguns artigos da RN 364 e que essas alterações foram amplamente
342 debatidas nos grupos técnicos formados com a presença dos
343 representantes do setor. A primeira alteração recaiu sobre o artigo 3º da
344 RN 364, que previa que o índice de reajuste seria limitado ao Índice
345 Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, para passar a prever
346 que o índice de reajuste é o Índice Nacional de Preços ao Consumidor
347 Amplo – IPCA. A segunda alteração foi a Inclusão do §3º no art. 7º da
348 RN 364, para prever que na composição do Fator de Qualidade também
349 poderão ser utilizados indicadores selecionados, bem como a
350 participação e o desempenho em projetos e programas de indução da
351 qualidade, conforme a ser definido pela DIDES. A inclusão dessa
352 possibilidade foi realizada para aumentar as opções dos prestadores na

adesão aos programas de qualidade da ANS e ter uma chance maior de alcançar 100% do IPCA. A terceira alteração refere-se ao artigo 9º da RN 364, que previa o prazo de 2 (dois) anos, para os profissionais de saúde, e 1 (um) ano, para os demais estabelecimentos de saúde, para o início da aplicação do Fator de Qualidade. Com esta alteração, o prazo para as entidades hospitalares continua sendo 1 (um) ano e o prazo para os profissionais de saúde continua sendo 2 (dois) anos, mas o prazo para laboratórios, clínicas e outros estabelecimentos de saúde foi ampliado para 2 (dois) anos também. Essa alteração foi necessária por conta da alteração no CNES, referente a mudança de classificação dos estabelecimentos. Passou então a apresentar a IN DIDES nº61/15, que dispõe sobre o Fator de qualidade para entidades hospitalares. Disse que o principal critério de qualidade é a acreditação e que o fator de qualidade será aplicado ao reajuste dos contratos escritos firmados, nos percentuais previstos no artigo 4º: 105% do IPCA para os Hospitais Acreditados; 100% do IPCA para hospitais não acreditados que participarem e cumprirem os critérios estabelecidos nos projetos da DIDES de indução da qualidade; e 85% do IPCA para hospitais que não atenderem ao disposto nos incisos I e II. Disse que todo ano a ANS divulgará todo ano quais os critérios estabelecidos nos projetos da DIDES de indução da qualidade para fins de aplicação do inciso II, do art. 4º, para o ano subsequente. Disse que para reajustes que ocorrerão no período de 22 de dezembro de 2015 a 31 de dezembro de 2016, os critérios de qualidade considerados para fins de aplicação do inciso II, do art. 4º serão a efetiva participação no Projeto Parto Adequado comprovada pela melhoria no indicador proporção de partos vaginais e/ou o atingimento das metas estabelecidas em indicadores de qualidade definidos pela DIDES, que serão divulgados até 31 de dezembro de 2015 no espaço destinado aos prestadores no sítio eletrônico da ANS. Por fim, disse que a lista de hospitais que preencham os requisitos previstos no caput do artigo 4º será divulgada até 25 de março de 2016, no espaço destinado às informações dirigidas aos prestadores de serviços de saúde. A Sra. **Martha Regina de Oliveira** (Diretora de Desenvolvimento Setorial da ANS) observou que o tema qualidade estará sempre presente nas discussões da DIDES e ressaltou que acreditação não é qualidade, mas que esse é o melhor instrumento que temos hoje para trabalhar com o tema. O Sr. **Rubens Gil** (Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência/ Associação Brasileira de Ostomizados) disse que acha muito alto o percentual de reajuste de 85% do IPCA para os hospitais não acreditados que não participarem e não cumprirem os critérios estabelecidos nos projetos da DIDES de indução da qualidade. A Sra. **Martha Regina de Oliveira** (Diretora de Desenvolvimento Setorial da ANS) esclareceu que a ANS é obrigada por lei a estabelecer um índice

397 de reajuste se não houver negociação e que concorda que este
398 percentual é alto. O Sr. **Valdimário Rodrigues Junior** (Cooperativas de
399 Serviços Médicos) questionou se as operadoras que tiverem bem
400 classificadas no IDSS poderiam também ter uma aplicação de reajuste
401 diferenciado nos seus planos. O Sr. **José Carlos de Souza Abrahão**
402 (Diretor-Presidente da ANS) disse que esse ano a ANS já trabalhou na
403 limpeza das bases de dados do reajuste e que pretende que a cada ano
404 esses dados se tornem mais transparente para o consumidor. O Sr.
405 **Eduardo de Oliveira** (Federação Brasileira de Hospitais) pontuou que a
406 aplicação de reajuste abaixo do índice inflacionário já é uma penalidade
407 e que não sabe se um hospital consegue sobreviver com esta
408 penalização. Questionou qual será o índice aplicado para esse período
409 em que o fator de qualidade ainda não está implantado. A Sra. **Martha**
410 **Regina de Oliveira** (Diretora de Desenvolvimento Setorial da ANS)
411 esclareceu que a Lei entrou em vigor em dezembro de 2014 e que
412 durante o ano de 2015 estamos vivendo o período de transição. Nesse
413 período de transição, em que foi definido que as operadoras e os
414 prestadores têm até dezembro de 2015 para acerto dos contratos, serão
415 aplicados (1) o índice que tiver previsto nesses contratos; (2) livre
416 negociação se essa for a previsão contratual; ou (3) o IPCA. Para 2016
417 não existe mais regra de transição, ou seja, serão aplicados (1) o índice
418 que tiver previsto nesses contratos; (2) livre negociação se essa for a
419 previsão contratual; ou (3) o índice definido pela ANS (IPCA) atrelado ao
420 fator de qualidade. A Sra. **Maria Aparecida Diogo Braga** (União
421 Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde) disse que como
422 representante das operadoras de autogestões tentou inserir na pauta
423 desta reunião o tema para debate, com a finalidade de prorrogar o
424 prazo, já que muitas operadoras não têm condições de cumprir esta Lei.
425 Disse acreditar que a Câmara de Saúde Suplementar é um espaço em
426 que se deveria discutir essa questão e que seu sentimento é de que
427 esse espaço é meramente formal, para recebimento de informações
428 sobre questões que já estão dadas. O Sr. **José Carlos de Souza**
429 **Abrahão** (Diretor-Presidente da ANS) disse que na última reunião da
430 CAMSS foi definida a ampliação do espaço de participação dos
431 membros, mas que irá apurar por que a Diretoria Colegiada não tomou
432 conhecimento do pleito da Unidas. Em relação ao funcionamento da
433 CAMSS, esclareceu que este é um espaço para se trazer as
434 informações e fazer as discussões, mas que a operacionalização dos
435 assuntos do dia-a-dia ocorre também pelas outras instâncias e câmaras
436 técnicas que são constituídas para se fazer discussões da forma mais
437 democrática possível, até porque algumas decisões devem ser
438 discutidas de forma mais intensas. A Sra. **Martha Regina de Oliveira**
439 (Diretora de Desenvolvimento Setorial da ANS) disse que existe uma
440 resolução em vigor desde 2006 que dispõe sobre a obrigatoriedade de

441 contrato escrito entre operadoras e prestadores. Disse que depois foi
442 publicada uma Lei que previu 180 dias para as regras de entrarem em
443 vigor, dentre elas a obrigatoriedade de existência de contrato. Depois da
444 Lei, a regulamentação concedeu mais um ano para a adaptação dos
445 contratos. Pontuou que diante desse extenso prazo que as operadoras
446 tiveram para se adequarem, não será mais possível prorrogar a entrada
447 em vigor das regras e que em janeiro a ANS iniciará o monitoramento
448 ativo e a penalização pelo descumprimento das regras. A Sra. **Simone**
449 **Sanches Freire** (Diretora de Fiscalização da ANS) informou que a RN
450 388, que entrará em vigor em 15 de fevereiro de 2016, será objeto de
451 discussão em uma oficina, que será realizada pela DIFIS na primeira
452 semana de fevereiro, e que todos serão convidados. Pediu desculpas
453 pelo atraso e pela saída antecipada. O Sr. **Jucemar José Ragnini**
454 (Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades
455 Filantrópicas) disse que os prestadores precisam se profissionalizar
456 mais no sentido de não assinar mais nenhum contrato sem que esteja
457 prevista cláusula de reajuste. Disse que entende que a atividade da ANS
458 de autorizar reajuste é uma atividade espinhosa. A Sra. **Denise Torreão**
459 **Corrêa da Silva** (Conselho Nacional de Saúde) disse que acompanha a
460 CAMSS há dois anos e que o fato dela ser consultiva e não deliberativa
461 incomoda um pouco. Disse que não se pode esquecer, haja vista que as
462 Agências Reguladoras foram criadas após a Constituição de 1988, que a
463 participação da sociedade é um direito constitucional e que ela está
464 regulada pela Lei 8.142/90, que diz que cinquenta por cento das
465 câmaras deliberativas são compostas de usuários. Falou que, portanto,
466 a lógica da CAMSS deveria mudar inclusive na correlação de forças. O
467 Sr. **Tito Ferreira Filho** (Conselho Federal de Odontologia) sugeriu a
468 inclusão das Federações e da Associação na discussão sobre a
469 aplicação do reajuste previsto na Lei 13.003/14. A Sra. **Martha Regina**
470 **de Oliveira** (Diretora de Desenvolvimento Setorial da ANS) disse que a
471 discussão é aberta e que todos podem participar. A Sra. **Maria**
472 **Aparecida Diogo Braga** (União Nacional das Instituições de Autogestão
473 em Saúde) disse que diante da impossibilidade de prorrogação do
474 prazo, gostaria de deixar registrado um pleito em relação ao
475 monitoramento que se iniciará em janeiro, no sentido de que ele possa
476 ser realizado, por um período, com um caráter menos punitivo e mais
477 orientativo e educador. A Sra. **Martha Regina de Oliveira** (Diretora de
478 Desenvolvimento Setorial da ANS) disse que espera também que esse
479 monitoramento possa ter um caráter mais orientativo, mas que isso
480 dependerá de como se caracterizará seu resultado. O Sr. **Maurício**
481 **Lopes** (Federação Nacional de Saúde Suplementar) disse que por
482 princípio, a Fenasaúde sempre favorece a livre negociação entre os
483 atores privados, notadamente empresas. Disse que a posição da
484 Fenasaúde em relação à Lei 13.003/14 está clara desde o começo e que

485 gostaria de colocar três questões: (1) que entende que a indexação por
486 regulamentação não gera eficiência econômica, (2) que o fato de se
487 colocar em regulamentação uma indexação acima do IPCA, que é o
488 indexador oficial do governo, é pior porque confere diretriz errada para o
489 processo de negociação e desestimula o processo negocial entre as
490 partes, e (3) em relação à qualidade, concorda com a colocação de que
491 acreditação é diferente de qualidade e não deveriam ser tratadas como
492 sinônimo, até porque desestimula a realização de ações diferenciadas,
493 que não trabalhem só a questão da acreditação. Por fim, colocou como
494 reflexão o fato de que caminharão, em quinze dias, para o começo de
495 um processo de negociação que durara noventa dias, sem ter a
496 divulgação dos critérios de qualidade que serão utilizados no primeiro
497 lote de negociação, ou seja, o tempo hábil que possuem para estudar
498 esses critérios e entender como irão se posicionar em relação aos
499 mesmos, como irão negociar com seus parceiros negociais (prestadores
500 de serviços) para chegar no melhor resultado para seus beneficiários é
501 muito exíguo. Disse que não consegue gerar um processo inteligente
502 nesse interim, não conseguem alcançar uma negociação de boa
503 qualidade, e que isso traz prejuízo para o beneficiário, pois a conta será
504 repassada em um processo que não gerara nenhuma eficiência
505 econômica. A Sra. **Martha Regina de Oliveira** (Diretora de
506 Desenvolvimento Setorial da ANS) esclareceu que os critérios foram
507 discutidos em uma reunião ocorrida no dia 07 de dezembro e que serão
508 publicados no dia 11 de dezembro. Disse que serão três indicadores
509 ligados ao TISS: se envia o TISS eletronicamente, se envia na última
510 versão e se o índice de reinternação em 30 dias é menor que 20%.
511 Concordou que demorou demais. Disse que concorda que indexar é
512 ruim, mas que a Lei tem a essência indexadora e que a ANS tentou fugir
513 um pouco da indexação através do fator de qualidade. Falou que a
514 questão das faixas a incomodava mais, pois quando se estreita mais
515 essas faixas, mais se abre espaço para indexação, apesar de se ter o
516 incremento. Disse que o incremento é controlável por estar publicado em
517 uma resolução, e que ele traz a abertura para um diálogo que em algum
518 momento se permitiu, que foi a discussão sobre a qualidade. Ressaltou
519 que naquele momento a abertura do diálogo para a qualidade era mais
520 importante do que o risco de se ultrapassar o IPCA. Em relação a
521 discussão sobre acreditação e qualidade ressaltou que a acreditação
522 existe no Brasil há 18 anos e que até hoje só conseguimos ter 5% dos
523 hospitais acreditados, embora em qualquer país desenvolvido só se
524 consiga abrir um hospital após a acreditação. Disse que é evidente o
525 atraso do Brasil, mas que a ANS conseguiu levar a discussão para uma
526 direção de avanço na construção de indicadores que traduzam
527 qualidade. O Sr. **José Carlos de Souza Abrahão** (Diretor-Presidente da
528 ANS) chamou o Sr. **Cesár Serra** (Diretor-Adjunto de Normas e

529 Habilitação das Operadoras da ANS) para apresentar o item 3.6 da
530 pauta: Atualização das Normas Econômico-Financeiras. O Sr. Cesar
531 Serra explicou que há um conjunto de quatro normativos que
532 recentemente foi atualizado pela DIOPE: o referente ao plano de contas
533 padrão, o referente a designação de agentes de regimes especiais, o
534 referente ao rol de ativos garantidores que lastreiam as provisões
535 técnicas e o referente as provisões técnicas propriamente ditas e regras
536 de capital. Sobre o primeiro normativo, o de plano de contas padrão (RN
537 390), disse que o manual de operações contábeis foi atualizado e
538 passou a descrever de uma forma mais detalhada vários lançamentos
539 que geravam dúvidas no mercado, como os referentes a contabilização
540 de uma rescisão contratual no meio do mês, os referentes a
541 contabilização da ociosidade de rede, referentes ao procedimento de
542 outras formas de pagamento, como o *capitation*, e alguns procedimentos
543 referentes ao ressarcimento ao SUS, principalmente no tocante a
544 depósitos judiciais e parcelamentos. Com relação às normas gerais
545 deste primeiro normativo atualizado, informou que foram criados novos
546 dígitos, alguns muito demandados pelo sistema de cooperativas, para a
547 segregação de atos cooperativos principais, auxiliares e de atos não
548 cooperativos, já que isso tem um impacto tributário. Disse que foram
549 criados também novos registros auxiliares, principalmente na divisão de
550 contratos individuais, coletivos por adesão e coletivos empresariais,
551 tanto na parte de receitas como na parte de despesas. Disse que esses
552 registros criados facilitarão o controle interno e o monitoramento do
553 comportamento dos diferentes contratos. Disse que é bem possível que
554 esse ano o Comitê discuta como fazer registros levando em
555 consideração o tamanho do contrato coletivo. Disse que foram criadas
556 também algumas Notas explicativas obrigatórias nas demonstrações
557 contábeis na parte de segregação de receitas e despesas também na
558 parte de contratos coletivos por adesão e empresariais. Sobre o
559 segundo normativo atualizado (RN 394), explicou que foram realizadas
560 flexibilizações quanto às certidões dos agentes de regimes especiais, já
561 que muitas vezes é necessária uma intervenção rápida da Agência em
562 alguma operadora e não há tempo hábil para a apresentação das
563 certidões pelos agentes. Sobre o terceiro normativo atualizado (RN 392),
564 disse que foi realizada uma consolidação dos normativos anteriores
565 sobre ativos garantidores, já que havia previsão de regras em vários
566 normativos, e também foram promovidos alguns avanços, como: (1) a
567 vinculação das regras da ANS à Resolução CMN nº 3308/2005
568 (salvaguardadas as diferenças de porte da operadora); (2) fomento ao
569 investimento na rede médico-hospitalar, com algumas novidades sobre o
570 que é possível ser vinculado como ativo garantidor, como Fundos de
571 Investimento de Participação em rede assistencial, no montante de até
572 20%, desde que a soma desses Fundos com os imóveis vinculados não

573 ultrapasse o montante de 28%; e (3) a obrigatoriedade das operadoras
574 autorizarem o acesso a informações relativas a todos os ativos
575 garantidores (vinculados ou não), já que hoje a ANS só enxerga o que
576 está vinculado. Por fim, sobre o quarto normativo (RN 393), disse que
577 duas atualizações foram muito importantes: (1) a ANS não precisará
578 mais aprovar previamente as Notas Técnicas de PEONA e Remissão,
579 sendo necessária apenas a comunicação da operadora quanto à adoção
580 de metodologia atuarial até 30 dias antes. O monitoramento será
581 realizado através dos dados de eventos (novos quadros auxiliares do
582 DIOPS para eventos) e foi criado o Termo de Responsabilidade Atuarial
583 de Provisões Técnicas – TRA, que traz melhor definição do papel e da
584 responsabilidade do atuário e anuência do representante legal; e (2) a
585 partir de 01/01/2017, as operadoras de grande porte deverão adotar
586 metodologia própria obrigatória de PEONA, a fim de gerar um aumento
587 de provisão compatível com o valor real de passivos. O Sr. **Egberto**
588 **Miranda Silva Neto** (Cooperativas de Serviços Odontológicos)
589 perguntou como fica a situação de uma operadora que já está com uma
590 nota técnica de Peona para ser analisada. O Sr. **Cesar Serra** (Diretor-
591 Adjunto de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS) disse que a
592 norma já entra em vigor dia 02 de janeiro de 2016 e que bastaria a
593 operadora comunicar nesse dia que em 30 dias estará adotando nova
594 metodologia atuarial. O Sr. **Maurício Lopes** (Federação Nacional de
595 Saúde Suplementar) perguntou se a DIOPE irá devolver as Notas
596 Técnicas que já estão em trâmite. O Sr. **Cesar Serra** (Diretor-Adjunto de
597 Normas e Habilitação das Operadoras da ANS) disse que irá verificar,
598 mas que o natural é a devolução. O Sr. **José Carlos de Souza Abrahão**
599 (Diretor-Presidente da ANS) chamou o Sr. **Valdmário Rodrigues Junior**
600 (Cooperativas de Serviços Médicos) para apresentar o item 3.7 da
601 pauta: “Desafios das pequenas operadoras na Saúde Suplementar”. O
602 Sr. Valdmário disse que sua apresentação vai ao encontro da
603 apresentação sobre vazios assistenciais, já que o sistema Unimed
604 possui 137 operadoras de pequeno porte, sendo 70% desse número na
605 condição de ótimo e bom; 20% na condição de regular e 10% na
606 condição de alerta. Para chegar a essa classificação, foram avaliados os
607 seguintes indicadores: (a) Índice de Liquidez Corrente; (b) Suficiência/
608 Insuficiência do Lastro (c) Índice de Margem de Solvência; (d) Margem
609 de Sobra Líquida; (e) Índice Combinado Ampliado; (f) Endividamento
610 Geral; e (g) Suficiência/ Insuficiência de Vínculo. Disse que houve um
611 avanço na melhoria desse quadro, com a contribuição da DIOPE, mas
612 que entende que o sistema precisa evoluir mais nesses avanços para o
613 preenchimento desses vazios assistenciais já apresentados. Apontou
614 como alguns avanços: (a) a diminuição da quantidade e periodicidade no
615 envio de informações para a ANS (exemplo: DIOPS); (b) a flexibilização
616 nos critérios de vinculação dos ativos garantidores: PESL (Grande porte

617 = 30 dias; Pequeno e Médio Porte = 60 dias); (c) a redução da exigência
618 nas provisões técnicas para PEONA contábil (de 9,5% para 8,5% das
619 contraprestações ou de 12% para 10% dos custos assistenciais, o que
620 for maior, pré-estabelecido, últimos 12 meses). Disse que o sistema vem
621 estimulando aquelas operadoras classificadas em condição de alerta a
622 tomarem-se prestadoras de serviço. Pontuou que os principais
623 problemas atuais das operadoras de pequeno porte são a judicialização,
624 a insuficiência de rede, a maior vulnerabilidade em decorrência de
625 eventos de alto custo, a questão das OPME e a questão dos reajustes
626 controlados para planos individuais ou familiares. Em relação a
627 judicialização sugeriu maior interação da ANS com o Poder Judiciário e
628 com órgãos de defesa do consumidor visando mitigar impactos
629 financeiros sem previsibilidade. Acerca da insuficiência de rede sugeriu
630 alteração da RN 259 com as seguintes adequações às particularidades
631 das pequenas operadoras: (a) prazo maior para garantir atendimento
632 (OPS de pequeno porte localizadas em regiões com carência de
633 prestadores); (b) liberação de ativos para construções de recursos de
634 saúde nessas regiões; e (c) flexibilização da exigência de transporte e
635 reembolso obrigatório. Em relação a questão da maior vulnerabilidade
636 em decorrência de eventos de alto custo, defendeu a possibilidade da
637 utilização de percentuais dos ativos garantidores em casos excepcionais
638 e o estímulo da ANS para a viabilização de Fundos de alto custo ou
639 resseguro. Quanto ao problema relacionado a OPME, solicitou o
640 desenvolvimento de ações contra práticas abusivas. Por fim, solicitou o
641 desenvolvimento de ações que estimulem a comercialização de planos
642 individuais em regiões e mercados com pouco predomínio de empresas,
643 ou seja, de contratantes de planos coletivos, com a liberação dos
644 reajustes de planos individuais. O Sr. **Jucemar José Ragnini**
645 (Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades
646 Filantrópicas) perguntou qual o percentual de operadoras de pequeno
647 porte dentro do sistema Unimed. O Sr. **Valdmário Rodrigues Junior**
648 (Cooperativas de Serviços Médicos) respondeu que se trata de 40% das
649 operadoras do sistema. Os Diretores da ANS presentes agradeceram a
650 presença de todos. A Sra. **Patrícia Cardoso Maciel Tavares** (Entidade
651 representativa do segmento de Defesa do Consumidor / Nuclecon)
652 agradeceu publicamente o fato da ANS ter aberto um canal direto de
653 discussão com os órgãos defensores dos consumidores. O Sr. **José**
654 **Carlos de Souza Abrahão** (Diretor-Presidente da ANS) agradeceu a
655 participação de todos e, não havendo mais comentários, deu por
656 encerrada a 85ª Reunião da Câmara de Saúde Suplementar.

657

658

659

660 Agência Nacional de Saúde Suplementar

661

662 Ministério da Saúde

663

664 Ministério da Fazenda

665

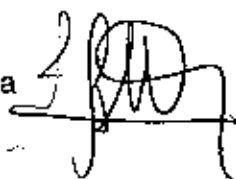
666 Ministério da Previdência Social

667

668 Ministério do Trabalho e Emprego

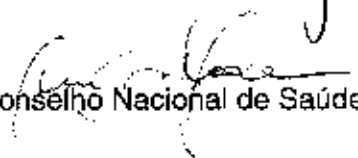
669

670 Ministério da Justiça



671

672 Conselho Nacional de Saúde



673

674 Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

675

676 Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

677

678 Conselho Federal de Medicina

679

680 Conselho Federal de Odontologia

681

682 Conselho Federal de Enfermagem

683

684 Federação Brasileira de Hospitais



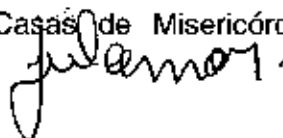
685

686 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços

687

688 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades

689 Filantrópicas



690

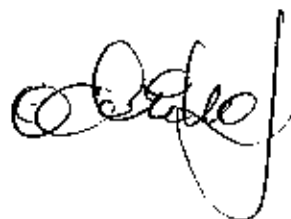
691 Confederação Nacional da Indústria

692

693 Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo

694

695 Central Única dos Trabalhadores



696

697 Força Sindical

698

699 União Geral dos Trabalhadores

700

701 Federação Nacional de Saúde Suplementar

702

703 Associação Médica Brasileira

704

705 Associação Nacional de Hospitais Privados

706

707 Entidade representativa do segmento de autogestão de assistência à saúde
708 (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde)

709

710 Entidade representativa do segmento de medicina de grupo (Sindicato Nacional
711 das Empresas de Medicina de Grupo)

712

713 Entidade representativa do segmento de cooperativas de serviços médicos que
714 atuam na saúde suplementar (Confederação Nacional das Cooperativas
715 Médicas)

716

717 Entidade representativa do segmento de odontologia de grupo (Sindicato
718 Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo)

719

720 Entidade representativa do segmento de cooperativas de serviços
721 odontológicos que atuam na área de saúde suplementar (Central Nacional de
722 Cooperativas Odontológicas)

723

724 Entidade representativa do segmento de administradoras de benefícios
725 (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios)

726

727 Entidade representativa do segmento de Defesa do Consumidor (Núcleo de
728 Defesa do Consumidor da Defensoria Pública)

729

- 730 Entidade representativa do segmento de Defesa do Consumidor (Ministério
731 Público do Consumidor)
732
- 733 Entidade representativa do segmento de associações de consumidores de
734 planos privados de assistência à saúde (Centro de Defesa do Consumidor do
735 Rio Grande do Norte)
736
- 737 Entidade representativa do segmento de associações de consumidores de
738 planos privados de assistência à saúde (Associação dos Usuários de Seguros,
739 Planos e Sistemas de Saúde)
740
- 741 Entidade representativa do segmento de portadores de deficiência (Conselho
742 Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência / Associação Brasileira de
743 Ostomizados)
744
- 745 Entidade representativa do segmento de portadores de deficiência (Conselho
746 Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência / Academia Brasileira de
747 Neurologia)
748
- 749 Entidade representativa do segmento de portadores de patologias especiais
750 (Conselho Nacional de Saúde / Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia)
751
- 752 Entidade representativa do segmento de portadores de patologias especiais
753 (Conselho Nacional de Saúde / Associação Nacional de Grupos de Pacientes
754 Reumáticos)