

---

**Ata da 63<sup>a</sup> Reunião Ordinária do Comitê de Padronização das Informações em  
Saúde Suplementar (COPISS).**

Às nove horas do dia 22 de maio de dois mil e treze, na cidade de São Paulo, na Rua 13 de maio, nº 1540, realizou-se a 63<sup>a</sup> reunião ordinária do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS). A reunião foi coordenada por Marizélia Leão Moreira, Gerente de Padronização e Interoperabilidade da ANS e contou com a presença de representantes das instituições componentes do COPISS. Participaram da reunião: Marizélia Leão Moreira (ANS/DIDES), Benício Paiva Mesquita (CFO), Carlos Eduardo Ferreira Moura (CBR), Celina Maria Ferro de Oliveira (ANS), Erimar Carlos Brehme de Abreu (CMB), José Clovis Tomazzoni Oliveira (UNIODONTO), João de Lucena Gonçalves (CNS), Luciana Yonezawa Tamada (UNIMED DO BRASIL), Luis Gustavo Gasparini Kiatake (SBIS), Luiz Antonio de Biase (ABRAMGE), Maria Christina Barbosa Veras (CFP), Murilo Alves Moreira (ANAHP), Rodrigo Dias Villela (SINOOG), Roney Veronez (UNIDAS), Sonia Bastos (FENASAÚDE), Valdirene Batista Ribeiro Costa (CFFa), Vera Barros de Leça Pereira (CFN), Walter Lyrio do Valle (FBH) e Wilson Shcolnik (SBPC/ML). Não compareceram à reunião os representantes da AMB, ANS/DIPRO, ANVISA, CFM, COFEN, COFFITO, DATASUS, FENAM, MS/SAS, UNIODONTO, da entidade nacional de defesa do consumidor e dos beneficiários e das instituições públicas de ensino e pesquisa. A reunião foi acompanhada pelos técnicos Jorge Luizi Pinho e Julio Laurentino Di Maio da Gerência de Padronização e Interoperabilidade da ANS. Na condição de ouvintes, convidados das entidades, estiveram presentes: Danilo Bernik (CNS), Fábio Luiz Isoldi (CMB), Fausta Bianca (ABRAMGE), Fernando Fernandes Guerra Filho (UNIDAS), Flávio Borges (CNS), Juliane Martins (CMB), Márcia Balon (UNIODONTO), Maysa Domenech (CNS), Paulo Sérgio Trevelin Picolo (UNIDAS), Regiane C. de Amorim Cometti (UNIDAS), Rosimeire Ishiguro (FENASAÚDE) e Tito Pereira Filho (CFO). A coordenadora iniciou a reunião com o propósito de apreciar a pauta, tratando dos seguintes assuntos: **a)** leitura, aprovação e assinatura da ata da reunião anterior – 62<sup>a</sup> reunião do COPISS; **b)** informada a atualização de representação da CMB por Juliane Martins (suplente) a partir de 04/04/2013; **c)** informada a atualização de representação do SINOOG por Rodrigo Dias Villela (titular) e Claudia Durante (suplente) a partir de 29/04/13; **d)** informada a atualização de representação da FBH por Valter Valle como representante da entidade na 63<sup>a</sup> reunião COPISS; **e)** informada a atualização de

representação do CFN por Vera Barros de Leça Pereira como representante da entidade na 63<sup>a</sup> reunião COPISS; **f)** informada a comunicação prévia de ausência das entidades ANS/DIPRO, ANVISA e MS/SAS; **g)** informada a participação de convidados da CNS, FENASAÚDE e UNIDAS; **h)** relatado pelos representantes o atual estágio de implantação do Padrão TISS, conforme descrito no item 1 da nota 63<sup>a</sup>. reunião do COPISS; **i)** apreciadas as solicitações de correções e alterações da versão 3.0 do Padrão TISS, registradas na planilha “Solicitações de alterações do Padrão TISS analisadas pelo COPISS”, descritas no item 2 da nota 63<sup>a</sup>. reunião do COPISS. Acordada a continuidade de análise das solicitações de alterações da TUSS de materiais e OPME pelos representantes do COPISS no grupo técnico; **j)** Apresentada as propostas de implementação das alterações do Padrão TISS elaboradas no grupo técnico, de cuja apreciação resultaram duas posições. Primeira: dispor uma nova versão com as correções necessárias e deixar para após o prazo de implantação de 30 de novembro de 2013, as implementações decorrentes de aprimoramento do atual padrão TISS, visando a estabilidade necessária para implantação da versão atual. Segunda: agregar todas as implementações de aprimoramento já conhecidas à versão de correção de erro, com prorrogação do prazo de implantação, visando otimizar o processo de desenvolvimento de sistema em andamento; **k)** acordada a pesquisa Radar TISS 2013 descrita no item 3 da nota 63<sup>a</sup>. reunião do COPISS, com a data de referência de coleta das informações: agosto/2013 e período para responder à pesquisa: 01/09 à 30/10/2013; **l)** informada a realização de oficinas de divulgação do Padrão TISS com os coordenadores TISS das operadoras de planos privados de planos de saúde do Estado de São Paulo, com Índice Padrão TISS abaixo de 0,5, no período de 22 a 24 de maio de 2013; **m)** informado o agendamento da próxima reunião para 27 de junho de 2013 a ser realizada na sede da ANS na cidade do Rio de Janeiro; e **n)** a Coordenadora do COPISS considerou cumprida a pauta, dando por encerrada a reunião às 13:00 horas.

Rio de Janeiro, 22 de maio de 2013.

Marizélia Leão Moreira  
(ANS)

Benício Paiva Mesquita  
(CFO)

Carlos Eduardo Ferreira Moura

(CBR)

Celina Maria Ferro de Oliveira

(ANS)

Erimar Carlos Brehme de Abreu

(CMB)

João de Lucena Gonçalves

(CNS)

José Clovis Tomazzoni Oliveira

(UNIODONTO)

Luciana Yonezawa Tamada

(UNIMED DO BRASIL)

Luiz Antonio de Biase

(ABRAMGE)

Luis Gustavo Gasparini Kiatake

(SBIS)

Murilo Alves Moreira

(ANAHP)

Maria Christina Barbosa Veras

(CFP)

Roney Veronez

(UNIDAS)

Rodrigo Dias Villela

(SINOOG)

Sonia Bastos

Valdirene Batista Ribeiro Costa

(FENASAÚDE)

(CFFa)

Vera Barros de Leça Pereira

Walter Lyrio do Valle

(CFN)

(FBH)

Wilson Shcolnik

(SBPC/ML)

---

**Nota da Ata da 63<sup>a</sup> Reunião Ordinária do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS), realizada em 22 de maio de 2013.**

### **1. Relato da implantação da versão 3.**

A representante da **FENASAUDE** informa que tem realizado reuniões periódicas por componente do Padrão TISS, para alinhar os conceitos, já que o conjunto das operadoras do segmento encontra-se em estágios diferentes de implantação. Manifestou-se preocupada com o prazo de implantação da versão 03.00.01, especialmente, em relação a precificação de medicamentos, materiais e OPME, considerando ainda o volume de solicitações de alterações da terminologia de Materiais e OPME, em análise na ANS. Com relação ao envio dos dados para a ANS não há preocupação quanto à sua organização, mas sim com o volume. Avalia que será necessária a prorrogação do prazo de implantação da versão 03.00.01.

A representante da **UNIMED** informa que tem mantido contato com as suas representadas e identifica disparidade de conhecimento sobre o Padrão TISS. Informa que a implantação no Sistema UNIMED ocorrerá em duas etapas, a primeira, que termina em maio, corresponde ao sistema relacionado ao intercâmbio entre as UNIMEDS, desenvolvido pela UNIMED do Brasil. A segunda etapa diz respeito à adequação do sistema em cada operadora. A UNIMED do Brasil já associou as suas tabelas de material e OPME e de medicamentos à TUSS. Com relação às diárias e taxas a opção foi adotar diretamente a TUSS. Informa que estão desenvolvendo a rotina de envio de dados a ANS, embora tenha percebido que a forma de agrupamento de dados definida pela ANS para o envio das operadoras não está bem clara para todos. Solicita que a ANS explique detalhadamente este envio no componente organizacional do Padrão TISS. A representante da UNIMED do Brasil avalia, reforçada pelos relatos nos eventos de divulgação que está participando, que o prazo da implantação está muito apertado, sugerindo que poderá não ser cumprido por todas.

O representante da **ABRAMGE** informa que a situação entre suas operadoras é díspar. Identifica que há operadoras com mais envolvimento da área de TI na atualização do Padrão, enquanto que na maioria esse processo está lento, sendo preocupante o baixo conhecimento da RN nº 305 entre muitas delas. Entende que a adoção das novas terminologias não impede a implantação da Versão 03.00.01 por serem processos

distintos. Em relação ao envio dos dados para a ANS relata preocupação com a estrutura necessária para geração do arquivo XML e o volume dos dados. Avalia que o prazo de implantação não será suficiente e solicita, no caso de prorrogação, que a ANS não comunique a decisão em data próxima a 30 de novembro de 2013.

O representante da **UNIDAS** informa que, embora as grandes operadoras operem pelo Padrão TISS, estão muito atrasadas para a implantação da versão 03.00.01. Já para as pequenas operadoras a situação é ainda mais grave, pois sequer utilizam o Padrão de forma eletrônica. Quanto ao envio de dados para a ANS, a maioria das operadoras entende que esse processo é diferente da operação de troca eletrônica com os prestadores. É contra a prorrogação do prazo para a implantação da versão 03.00.01, porque qualquer que seja a alteração não será suficiente para reverter essa realidade.

O representante do **SINOG** reafirma a importância do novo padrão, entretanto informa que as operadoras da modalidade de odontologia de grupo apresentam dificuldades de incorporarem esta versão devido aos altos custos, relativos ao desenvolvimento, a operacionalização e a implantação. Sobretudo, os custos da obrigatoriedade da adoção de dois ambientes de interoperabilidade (portal e webservice) para às operadoras, em especial as de médio e pequeno porte, e a operacionalização e implantação do padrão na pulverizada rede de prestadores que, em muitos casos, apresentam impossibilidades técnicas de adoção, desentendimento e dificuldade de incorporação de novas tecnologias em seus nos consultórios e clínicas. Por fim, reitera a importância do padrão, mas ressalta a dificuldade que as operadoras da modalidade tem para a adoção do padrão eletrônico e entende, que a prorrogação do prazo deve ser fortemente considerada.

O representante da **CMB** informa que, principalmente as operadoras pequenas, em função da situação econômica crítica que se encontram, dos custos e do prazo estabelecido, estão com dificuldades para a implantação da versão 03.00.01 do Padrão TISS. Observa, ainda, que diferentes áreas da ANS tem gerado diversas demandas concomitantes para as operadoras.

O representante da **UNIODONTO** informa não ter a informação do segmento sobre o atual estágio de implantação da versão 03.00.01.

O representante da **ANAHOP** informa que a situação apresentada pelas operadoras e o custo dificultam a implantação da versão 03.00.01 pelos hospitais, principalmente para os pequenos. Relata a dificuldade de seus representados serem obrigados pelas operadoras a conviver com o envio de mensagens eletrônicas e em papel. É preciso

estabilizar a TUSS de Materiais e OPME para viabilizar a adequação dos contratos à nova terminologia, bem como ampliar a fiscalização por parte da ANS. Propõe a prorrogação do prazo para fevereiro de 2014 com a aplicação de um cronograma de fiscalização.

O representante da **FBH** informa que a implantação da versão 03.00.01 não está evoluindo devido ao desconhecimento geral dessa versão do Padrão TISS por alguns hospitais. A seu ver duas questões são fundamentais para a implantação dessa nova versão: o demonstrativo de análise de contas e a questão do envio em papel. Relata que certas operadoras utilizam o Padrão eletrônico para uns hospitais e para outros não, principalmente no interior. Para essa questão defende uma fiscalização mais firme da ANS e aplicação de Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta (TCAC), quando for o caso. É contra o adiamento do prazo de implantação, porém, caso seja prorrogado defende a adoção de soluções para a evolução do processo de implantação da versão 03.00.01.

Para o representante da **CNS** o número de prestadores despreparados para adoção da versão 03.00.01 do Padrão TISS é bem maior em relação aos prestadores preparados. Uma pesquisa feita pela entidade em 2007 apontou que 80% dos prestadores não utilizavam a versão eletrônica vigente do Padrão TISS, entende que essa situação não está diferente na atualidade. Alerta que a maioria que adota o Padrão eletrônico é obrigada a conviver paralelamente com o Padrão em papel. Por outro lado quem adota apenas o papel não tem estímulo para implantar a nova versão do Padrão eletrônico. Entende que essa situação tende a se perpetuar e avalia que uma simples mudança do prazo, não interferirá nesse cenário.

O representante da **SBPC** alerta que diferentes posturas de operadoras, quanto à adoção do Padrão eletrônico, com seus prestadores prejudica a padronização. Tem a impressão que nem todos os laboratórios estão se preparando para a versão 03.00.01 e, propõe uma pesquisa para a obtenção de dados precisos quanto à adoção do Padrão eletrônico. Informa que não obteve êxito na organização de evento com empresas de desenvolvimento de software e defende a divulgação de *cases* de sucesso como estratégia para a sua adoção. É contra a prorrogação de prazo, a não ser que seja estabelecida mediante a definição de um cronograma de fiscalização, alinhado com as demais entidades.

Segundo o representante do **CBR** a versão 03.00.01 alcança uma maturidade em relação às questões dos demonstrativos e glosas. Alerta que o convívio entre o Padrão

eletrônico e a utilização de papel é “*o pior dos mundos*”. Alega que o custo de implantação do Padrão eletrônico para os prestadores é muito grande, o que gera um ceticismo no setor. Dessa forma, sugere uma campanha para conscientização de que o padrão traz equilíbrio na relação entre os agentes do setor. Defende o uso do Padrão TISS pelos planos públicos de saúde, que facilitaria a rotina operacional dos prestadores. Defende uma maior fiscalização de operadoras quanto ao tratamento diferenciado nas trocas com seus prestadores. Em relação à prorrogação do prazo de implantação da versão 03.00.01 é contra, a não ser que a adoção seja fiscalizada.

O representante do **CFO** relata que o setor de Odontologia deveria estar mais adiantado na implantação do Padrão eletrônico, pois não houve alteração da terminologia, mas essa não é a realidade. Segundo ele as Operadoras odontológicas ainda solicitam papel aos seus prestadores e não disponibilizam o Padrão eletrônico por falta de interesse. Por outro lado manter ambos aumenta o custo para os prestadores. Propõe um fórum conjunto de discussão com sua entidade, o SINOG e a FENASAÚDE no sentido de buscar soluções para a adoção do Padrão eletrônico pelo setor. É contra o adiamento do prazo de implantação da versão 03.00.01 do Padrão a não ser que haja fiscalização da implantação.

A representante do **Conselho Federal de Fonoaudiologia** informa que encaminhou a TUSS, mas ainda não finalizou a análise com seus pares.

O representante da **SBIS** comprehende que as alterações da nova versão levam tempo para serem implantadas. Defende o acompanhamento da implantação em um grupo de operadoras e prestadores. Reforça que essa estratégia permite o conhecimento de eventuais problemas, bem como suas soluções. Propôs o congelamento da versão neste período de implantação.

## 2. Aprimoramento do Padrão TISS.

### 2.1. Reuniões de Grupos Técnicos e representações do COPISS

#### 1. Reunião do Grupo Técnico de Material e OPME realizada em 14/05/2013.

Participaram da reunião: Aldo Rossi e Anderson Mendes (UNIDAS), Ana Claudia Oliveira e Fábio Luiz Isoldi (CMB), Bruno Cesar, Renata Faria Pereira e Mariana Pereira (ANVISA), Carla Rodrigues e Maria Silvia (Fenasaúde), João

Lucena (CNS), Liliane Cipelli (Unimed do Brasil), Murilo Alves Moreira (ANAHP), Roberto Vellasco e Cristina Gama (FBH), Simone Fonseca (ABRAMGE), Celina Maria Ferro de Oliveira e Teófilo Rodrigues (ANS/DIDES). Não compareceram a reunião os representantes da AMB, ANS/DIPRO, CBR, CFFa, CFM, CFN, CFO, CFP, COFEN, COFFITO, Datasus, FENAM, MS/SAS, PROTESTE, SBIS, SBPC/ML, SINOOG, UNIFESP Uniodonto.

2. **Reunião do Grupo Técnico de Conteúdo e Estrutura realizada em 15/05/2013.** Participaram da reunião: Celina Maria Ferro de Oliveira, Julio di Maio e Teófilo Rodrigues (ANS/DIDES), Jorge Carvalho (ANS/DIPRO), Luiz Antonio De Biase (ABRAMGE), Fábio Luiz Isoldi e Juliane Martins (CMB), Sonia Bastos e Rosimere Ishiguro (Fenasaúde), Luciana Yonezawa Tamada (Unimed do Brasil), Murilo Alves Moreira (ANAHP), Carlos Moura (CBR), Walter Lyrio do Valle (FBH), Paulo Azevedo, Wilson Shcolnic e Ana Paula de Perne (SBPC/ML), Marlene Izidro Vieira (COFFITO), Maria Cristina Barbosa Veras (CFP). Não compareceram a reunião os representantes da AMB, ANVISA, CFFa, CFM, CFN, CFO, CNS, COFEN, Datasus, FENAM, MS/SAS, PROTESTE, SBIS, SINOOG, UNIDAS, UNIFESP e Uniodonto.

## **2.2. Correções no Demonstrativo de Análise de Conta acatadas.**

1. Corrigir o demonstrativo de análise de contas para inclusão do status do protocolo e da guia para indicar os protocolos e guias que ainda estão em análise pela operadora;
2. Corrigir o Componente Organizacional com inclusão do texto explicativo que todas as guias do protocolo devem ser apresentadas no demonstrativo;
3. Corrigir a condição de preenchimento dos campos Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado, Descrição, Grau de Participação, Valor Informado, Quantidade Executada, Valor

Processado, Valor Liberado, Valor Glosado e Código da Glosa, indicando que somente devem ser apresentados no demonstrativo os procedimentos e itens glosados;

4. Corrigir a mensagem de solicitação de demonstrativo de retorno (solicitacaoDemonstrativoRetorno), retirando a opção de solicitar os demonstrativos por intervalo de data e incluindo a opção de solicitar os demonstrativos para um grupo de, no máximo, 30 protocolos, conforme definido no webservice.

### **2.3. Alterações na Guia de Honorário Individual acatadas.**

1. Alterar o conceito da guia de instrumento de cobrança de honorários de um único profissional para ser utilizada para cobrança dos honorários de vários profissionais. Consequentemente, o nome da guia será modificado para “Guia de Honorário Profissional”;
2. Criar um bloco de identificação dos profissionais executantes com as seguintes informações: grau de participação, código/CPF, nome, conselho profissional e CBO. Cada profissional executante deve estar vinculado ao procedimento realizado.

### 3. RADAR TISS – Operadoras - Edição 2013

## SUMÁRIO

Questão 1 - Valor dos eventos de atenção à saúde, por grupo e origem .....	10
Questão 2– Quantitativo e valor dos eventos de atenção à saúde por prestador .....	13
Questão 4- Canal para a troca de mensagens eletrônicas .....	18
Questão 5- Certificado digital para o Padrão TISS .....	20
Questão 6– Conectividade para o Padrão TISS .....	22
Questão 7– Comunicação da operadora com beneficiário via site com login e senha.....	24
Questão 8 - Principais demandas para o Coordenador TISS no período.....	24
Questão 9 - Principais dificuldades para a implantação do Padrão TISS .....	25
Questão 10 – Implantação da Versão 3 do Padrão TISS.....	25
Questão 11 - Responsável pelos dados informados nesta pesquisa .....	25

## Apresentação

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem realizado a pesquisa anual RADAR TISS que coleta, junto às operadoras de planos privados de assistência à saúde, os dados de atenção à saúde dos beneficiários para o monitoramento do Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar (Padrão TISS) disposto pela Resolução Normativa – RN nº 153 de 28 de maio de 2007.

Para a edição de 2013, o Radar TISS mantém o formato da edição 2012.

A pesquisa coletará, no período de **01/09/2013 a 30/10/2013**, a totalidade de registros sobre os eventos e itens assistenciais recebidos pelas operadoras, por via eletrônica ou em papel, no período de **01/08/2013 a 31/08/2013**, independente da data em que a assistência foi prestada, do vínculo da rede de serviços de saúde com a operadora, forma de pagamento ou se foi ou não paga.

Visando obter dados fidedignos e que atendam a finalidade proposta, além de contar com a atuação do Coordenador TISS da operadora, dispomos o questionário para consulta no *site* da ANS e o e-mail [radartiss2013@ans.gov.br](mailto:radartiss2013@ans.gov.br) para informações complementares.

Diretoria de Desenvolvimento Setorial

---

## Orientações para a coleta dos dados

### **Público Alvo:**

Operadoras de planos privados de assistência à saúde selecionadas para a pesquisa Radar TISS 2013.

### **Objeto**

Dados dos eventos e itens assistenciais realizados em beneficiários de planos privados de assistência à saúde recebidos, pelas operadoras, de seus prestadores de serviços de saúde contratados, credenciados ou próprios, inclusive os dados oriundos de reembolso.

### **Período de Referência:**

Registro dos dados de eventos e itens assistenciais recebidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, via eletrônica ou em papel, no período de **01/08/2013 a 31/08/2013**, independente do período em que a assistência foi prestada, da forma de pagamento ou mesmo se não foi paga.

### **Coleta dos dados: (Em apenas uma das duas formas)**

1. Formulário eletrônico RADAR TISS 2013 disponível em [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), com acesso restrito através de *login* e senha da operadora de planos privados de assistência à saúde;  
**ou**
2. Envio de arquivo no formato XMLSchema disponibilizado pela ANS.

### **Período de coleta dos dados:**

De **01/09/2013 a 30/10/2013**.

### **Informações complementares:**

Solicitações de esclarecimentos adicionais devem ser enviadas ao endereço eletrônico disponibilizado pela ANS: [radartiss2013@ans.gov.br](mailto:radartiss2013@ans.gov.br)

### **Questão 1 - Valor dos eventos de atenção à saúde, por grupo e origem**

<b>1.1. Grupos de eventos de atenção à saúde</b>	<b>1.7 Valor dos eventos de atenção à saúde por origem</b>			<b>1.11 Valor exclusivamente com utilização da TUSS</b>
	<b>1.8 Rede contratada / credenciada</b>	<b>1.9 Serviço próprio</b>	<b>1.10 Outras origens e Reembolso</b>	
1.2 Consulta				
1.3 Atendimento ambulatorial				
1.4 Tratamento odontológico				
1.5 Diagnose e terapia				
1.6 Internação				

#### Orientações para a questão 1

<b>Item</b>	<b>Orientação</b>
1.	<b>Valor dos eventos de atenção à saúde, por grupo e origem da rede de serviços</b> – informar, por grupo de eventos, o valor consolidado de todos os registros de eventos e itens assistenciais, recebidos de prestadores de serviços de saúde contratados, credenciados e próprios da operadora, bem como os originários de outros tipos de rede de serviços, além de solicitação de reembolso pelo beneficiário, no período de <b>01 a 31/08/2013</b> , independente do período em que a assistência foi prestada ou mesmo se foi ou não paga.
1.1	<b>Grupo de eventos de atenção à saúde</b> – agrupamento definido para consolidação dos dados de todos os eventos e itens assistenciais, com a finalidade de informação no Radar TISS 2013. Foram definidos os seguintes grupos: consulta, atendimento ambulatorial, tratamento odontológico, diagnose e terapia e ainda, internação.
1.2	<b>Consulta</b> – informar em reais o valor consolidado do total de consultas, independente da especialidade. Inclui-se os valores apresentados através

guias do padrão TISS, por prestadores contratados, credenciados, próprios da operadora e ainda outras tipos de rede de serviços de saúde, além dos valores originários de solicitação de reembolso pelo beneficiário, independente se foram ou não pagos.

**Consulta** - atendimentos prestados por profissional habilitado por um Conselho do Exercício Profissional, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, em que a despesa seja restrita ao ato da consulta, realizados em regime ambulatorial de caráter eletivo, urgência ou emergência.

1.3 **Atendimento ambulatorial** – informar em reais o valor consolidado do total de atendimento ambulatorial independente se foram ou não pagos. Inclui-se os valores apresentados através das guias do padrão TISS, por prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora e ainda, os valores originários de outros tipos de rede de serviços de saúde, além de solicitação de reembolso pelo beneficiário.

**Atendimento ambulatorial** – atendimentos com procedimentos (exceto exames complementares, terapias e consultas) realizados em regime ambulatorial de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas.

1.4 **Tratamento odontológico** – informar em reais o valor consolidado do total de tratamento odontológico, independente se foi ou não pago. Incluem-se os valores apresentados através das guias do padrão TISS, exceto guias de consultas e de serviços auxiliares de diagnose e terapia, por prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora e ainda, os valores originários de outros tipos de rede de serviços de saúde, além da solicitação de reembolso pelo beneficiário.

1.5 **Diagnose e terapia** – informar em reais o valor consolidado do total com exames de diagnose e terapias, independente se foi ou não pago. Incluem-se os valores apresentados através das guias do padrão TISS, incluindo radiologia, por prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora e ainda, os valores originários de outros tipos de rede de serviços de saúde, além da solicitação de reembolso pelo beneficiário.

1.6 **Internação** – informar em reais o valor consolidado de internações,

independente se foi ou não pago. Incluem-se os valores apresentados através das guias do padrão TISS, por prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora e ainda, os valores originários de outros tipos de rede de serviços de saúde, além da solicitação de reembolso pelo beneficiário.

- 1.7 **Valor dos eventos de atenção à saúde por origem** – Informar em reais o valor consolidado de todos os eventos e itens assistenciais, dos registros recebidos pela operadora no período de **01 a 31/08/2013**, independente do período em que a assistência foi prestada, a forma de registro do dado ou se foi ou não paga. O valor deverá ser informado por origem: rede contratada, credenciada, própria, outros tipos de rede de serviços de saúde, ou mesmo, solicitação de reembolso pelo beneficiário.

O valor resultante da soma das colunas rede contratada/credenciada (1.8) e serviço próprio (1.9) e de reembolso e outras despesas (1.10) deve corresponder à totalidade de eventos que a operadora tomou conhecimento no período de 01 a 31/08/2013. E, o somatório das colunas rede contratada/credenciada (1.8) e serviço próprio (1.9) deve ser igual ao somatório da coluna da 2.13, da questão 2.

- 1.8 **Rede contratada/credenciada** – informar em reais o valor consolidado de todos os eventos e itens assistenciais, cujos registros são originários da rede de prestadores contratados ou credenciados, independentemente da forma de recebimento dos dados, codificação de procedimentos utilizada ou ainda, se foram ou não pagos.
- 1.9 **Serviço Próprio** – informar em reais o valor consolidado de todos os eventos e itens assistenciais, cujos registros são originários da rede de serviços próprios da operadora, independentemente da forma de recebimento dos dados, codificação de procedimentos utilizada ou ainda, se foram ou não pagos.
- 1.10 **Outras origens e Reembolso**– informar em reais o valor consolidado de todos os eventos e itens assistenciais, cujos registros são originários de outros tipos de rede de serviços de saúde, que não classificadas como rede contratada/credenciada ou serviço próprio, e ainda, solicitações de reembolso por beneficiários, independente da forma de recebimento dos

dados ou ainda, se foram ou não pagos.

- 1.11 **Valor exclusivamente com a utilização da TUSS** – informar em reais o valor consolidado de todos os eventos e itens assistenciais registrados exclusivamente com a codificação da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS).

**Questão 2– Quantitativo e valor dos eventos de atenção à saúde por prestador**

2.1.Tp. id. prestador	2.2. Código de identificação	2.3. Código município	2.4. Tipo de guia	2.5. Movimento eletrônico no padrão TISS				2.10. Movimento total		
				2.6 Qte. guias	2.7 Qte. itens	2.8 Valor	2.9 Versão TISS	2.11 Qte. guias	2.12 Qte. itens	2.13 Valor

**Orientações para a questão 2**

Item	Orientação
------	------------

2. **Quantitativo e valor dos eventos de atenção à saúde por prestador** – informar por prestador o consolidado dos registros de eventos e itens assistenciais, recebidos de prestadores de serviços de saúde contratados, credenciados e próprios da operadora, no período de **01 a 31/08/2013**, independente do período em que a assistência foi prestada ou da forma de pagamento.

O somatório da coluna valor (2.13), do movimento total deve ser igual ao somatório das colunas valor por prestadores contratados, credenciados (1.8) e valor de próprios da operadora (1.9), da questão 1.

- 2.1 **Tipo do identificador do prestador** – informar a origem do código que identifica o prestador de serviço de saúde, sendo:

Código	Descrição
1	Cadastro de Pessoa Física (CPF)
2	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ)

- 
- 2      Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ)  
 3      Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)
- 

**Prestadores de serviços de saúde** – pessoa física ou jurídica, autorizada por entidade de classe regulamentada a executar ações e/ou serviços de saúde, coletiva ou individual, que prestam serviços às operadoras de plano privado de assistência à saúde.

- 2.2    **Código de Identificação do prestador** – informar o código de identificação do prestador conforme indicado na coluna tipo de identificador do prestador (2.1).
- 2.3    **Código do município do prestador** – informar com base no endereço do prestador e pela codificação de municípios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br);
- 2.4    **Tipo de guia** - informar o tipo de guia a que se refere o registro, sendo:

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>
01	Guia de consulta
02	Guia de SP/SADT
03	Guia de tratamento odontológico
04	Guia de resumo de internação
05	Guia de honorário individual
06	Guia de outras despesas

- 2.5    **Movimento eletrônico no padrão TISS** – informar por prestador, o movimento de guias, demonstrativos e de recursos recebido em transação eletrônica do Padrão TISS.
- 2.6    **Quantidade de guias** – informar por prestador e por tipo de guia, o total de guias recebidas em transação eletrônica do Padrão TISS.
- 2.7    **Quantidade de itens** – informar por prestador, o total de itens (material, medicamento, OPME, procedimentos, diárias e taxas e tabela própria da

- operadora) constantes nas guias recebidas em transação eletrônica do Padrão TISS.
- 2.8     **Valor** - informar por prestador e por tipo de guia, o valor total das guias recebidas em transação eletrônica do Padrão TISS.
- 2.9     **Versão do TISS** – informar a versão do Padrão TISS utilizada pelo prestador para envio dos dados.
- 2.10    **Movimento total** – informar o movimento total de eventos de atenção à saúde independente da forma de pagamento ou recebimento do dado. Portanto, inclui os valores informados em movimento eletrônico no Padrão TISS (2.6 a 2.8).
- 2.11    **Quantidade de guias** – informar o total de guias recebidas por prestador e por tipo de guia.
- 2.12    **Quantidade de itens** – informar o total de itens constantes nas guias recebidas.
- 2.13    **Valor** - informar por prestador e por tipo de guia, o valor total das guias recebidas. O somatório de todas as linhas desta coluna, dever igual ao somatório das colunas 1.7 (valores dos eventos de atenção à saúde da rede contratada, credenciada) e 1.8 (valores dos eventos de atenção à saúde da rede de serviços próprios da operadora) da questão 1.

### **Questão 3- Verificação de elegibilidade do beneficiário**

<b>3.1.Métodos de verificação de elegibilidade</b>	<b>3.6 Consulta</b>	<b>3.7 Atendimento ambulatorial</b>	<b>3.8 Tratamento odontológico</b>	<b>3.9 Diagnose e terapia</b>	<b>3.10 Internação</b>
3.2 Biometria					
3.3 Leitura de eletrônica de cartão					
3.4 Outros métodos eletrônicos					
3.5 Forma não eletrônica					

### Orientações para a questão 3

<i>Item</i>	<i>Orientação</i>
3.	<p><b>Verificação de elegibilidade do beneficiário</b> – informar a quantidade de prestadores de serviços de saúde contratados, credenciados e próprios da operadora, por método de verificação de elegibilidade e grupo de eventos de atenção à saúde, de todos os registros de eventos e itens assistenciais recebidos pela operadora no período de <b>01 a 31/08/2013</b>, independentemente do período em que a assistência foi prestada ou da forma de pagamento.</p>
3.1	<p><b>Métodos de verificação de elegibilidade</b> – relação dos métodos de verificação de elegibilidade do beneficiário, selecionados para a pesquisa Radar TISS 2013. O método deve ser informado por grupo de evento de atenção à saúde (consulta, tratamento odontológico, diagnoses e terapia e de internação).</p> <p>Os métodos estão listados por ordem de atualização tecnológica. E o prestador que utiliza mais de um método para o mesmo grupo de evento, deve figurar somente na linha da forma de verificação mais avançada do ponto de vista tecnológico, de forma a não se contabilizar duas vezes um mesmo prestador. Por exemplo: se um prestador utiliza a biometria e também a leitura de cartão magnético, este deve figurar somente na linha referente à biometria.</p> <p><b>Elegibilidade</b> é o processo que tem por objetivo validar o prestador, identificar o paciente e sua condição de beneficiário, em determinado plano de saúde da operadora.</p>
3.2	<p><b>Biometria</b> – informar a quantidade de prestadores que utilizam a biometria para a verificação de elegibilidade, nos grupos de eventos de atenção à saúde: consulta, tratamento odontológico, diagnoses e terapia e de internação.</p> <p><b>Biometria</b> é uma medida das características físicas ou comportamentais das pessoas como forma de identificá-las unicamente. Os sistemas chamados biométricos podem basear seu funcionamento em características de diversas partes do corpo humano, por exemplo: os olhos, a palma da mão, as digitais do dedo, a retina ou íris dos olhos.</p>
3.3	<p><b>Leitura eletrônica de cartão</b> – informar a quantidade de prestadores que</p>

utilizam a leitura de cartão magnético para a verificação de elegibilidade, nos grupos de eventos de atenção à saúde: consulta, tratamento odontológico, diagnoses e terapia e de internação.

- 3.4 **Outros métodos** – informar a quantidade de prestadores que utilizam outros métodos eletrônicos, incluindo acesso por portal web, exceto biometria e leitura de eletrônica de cartão, para a verificação de elegibilidade, nos grupos de eventos de atenção à saúde: consulta, tratamento odontológico, diagnoses e terapia e de internação.
- 3.5 **Forma não eletrônica** – informar a quantidade de prestadores que utilizam forma não eletrônica (consulta telefônica, apresentação de carteira do beneficiário, etc) como método de verificação de elegibilidade, nos grupos de eventos de atenção à saúde: consulta, tratamento odontológico, diagnoses e terapia e de internação.
- 3.6 **Consulta** – informar a quantidade de prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora do grupo de consulta, nos métodos de verificação de elegibilidade: biometria (3.2), leitura de cartão magnético (2.3), outros métodos eletrônicos (2.4) e forma não eletrônica (2.5).
- 3.7 **Atendimento ambulatorial** – informar a quantidade de prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora do grupo de atendimento ambulatorial, nos métodos de verificação de elegibilidade: biometria (3.2), leitura de cartão magnético (2.3), outros métodos eletrônicos (2.4) e forma não eletrônica (2.5).
- 3.8 **Tratamento odontológico** – informar a quantidade de prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora do grupo de atendimento tratamento odontológico, nos métodos de verificação de elegibilidade: biometria (3.2), leitura de cartão magnético (2.3), outros métodos eletrônicos (2.4) e forma não eletrônica (2.5).
- 3.9 **Diagnose e terapia** – informar a quantidade de prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora do grupo de atendimento de diagnoses e terapias, nos métodos de verificação de elegibilidade: biometria (2.2), leitura de cartão magnético (2.3), outros métodos eletrônicos (2.4) e forma não

eletrônica (2.5).

- 3.10 **Internação** – informar a quantidade de prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora do grupo de atendimento internação, nos métodos de verificação de elegibilidade: biometria (3.2), leitura de cartão magnético (2.3), outros métodos eletrônicos (2.4) e forma não eletrônica (2.5).

#### **Questão 4- Canal para a troca de mensagens eletrônicas**

<b>4.1 Mensagem eletrônica</b>	<b>4.8 Próprio</b>	<b>4.9 Terceirizado</b>	<b>4.10 Entidade representativa</b>
4.2 Elegibilidade do beneficiário	S/N	S/N	S/N
4.3 Solicitação de autorização	S/N	S/N	S/N
4.4 Autorização para execução	S/N	S/N	S/N
4.5 Envio de cobranças	S/N	S/N	S/N
4.6 Envio de demonstrativos	S/N	S/N	S/N
4.7 Envio de recursos de glosas	S/N	S/N	S/N

#### Orientações para a questão 4

<i>Item</i>	<i>Orientação</i>
4.	<p><b>Canal para a troca eletrônica de informações</b> – informar por tipo de serviço de recepção primária dos dados assistenciais, sendo: “S” para sim ou “N” para não.</p>
4.1	<p><b>Mensagem eletrônica</b> - conjunto estruturado de informações trocado de forma eletrônica, entre as operadoras e seus prestadores de serviços de saúde com a finalidade de solicitar uma operação ou informar um resultado.</p> <p>Para a pesquisa Radar TISS 2013 foram selecionadas as mensagens eletrônicas de elegibilidade do beneficiário (4.2), solicitação de autorização (4.3), autorização para execução (4.4), envio de cobranças (4.5), envio de</p>

- demonstrativos (4.6) e envio de recursos de glosas (4.7).
- 4.2 **Elegibilidade** – informar a condição do envio de mensagem referente à elegibilidade do beneficiário, por tipo de serviço: próprio (4.8), terceirizado (4.9) e entidade representativa (4.10), sendo: “S” para sim ou “N” para não.
- Elegibilidade do beneficiário** é o processo que tem por objetivo validar o prestador, identificar o paciente e sua condição de beneficiário, em determinado plano de saúde da operadora.
- 4.3 **Solicitação de autorização** – informar a condição do envio de mensagem referente à solicitação de autorização, por tipo de serviço: próprio (4.8), terceirizado (4.9) e entidade representativa (4.10), sendo: “S” para sim ou “N” para não.
- Solicitação de autorização** é o processo pelo qual o prestador de saúde solicitação autorização da operadora, para a realização de evento em saúde no beneficiário.
- 4.4 **Autorização para execução** – informar a condição do envio de mensagem referente à autorização para execução, por tipo de serviço: próprio (4.8), terceirizado (4.9) e entidade representativa (4.10), sendo: “S” para sim ou “N” para não.
- Autorização para execução** é o processo pelo qual a operadora autoriza a realização de evento em saúde no beneficiário.
- 4.5 **Envio de contas** - informar a condição de envio de mensagem referente à cobrança, por tipo de provedor: próprio (4.8), terceirizado (4.9) e entidade representativa (4.10), sendo: “S” para sim ou “N” para não.
- 4.6 **Envio de demonstrativos** – informar a condição do envio de mensagem referente aos demonstrativos de pagamento, por tipo de serviço: próprio (4.8), terceirizado (4.9) e entidade representativa (4.10), sendo: “S” para sim ou “N” para não.
- 4.7 **Envio de recursos de glosa** – informar a condição do envio de mensagem referente à recursos de glosa pelo prestador, por tipo de serviço: próprio (4.8), terceirizado (4.9) e entidade representativa (4.10), sendo: “S” para sim ou “N” para não.

- 4.8 **Próprio** – informar a presença de serviço de recepção primária dos dados assistenciais próprio da operadora, sendo: “S” para sim ou “N” para não.
- Para a pesquisa Radar TISS 2013 foram selecionadas as mensagens eletrônicas de elegibilidade do beneficiário (4.2), solicitação de autorização (4.3), autorização para execução (4.4), envio de cobranças (4.5), envio de demonstrativos (4.6) e envio de recursos de glosas (4.7).
- 4.9 **Terceirizado** – informar a presença de serviço de recepção primária dos dados assistenciais terceirizado pela operadora, sendo: “S” para sim ou “N” para não.
- Para a pesquisa Radar TISS 2013 foram selecionadas as mensagens eletrônicas de elegibilidade do beneficiário (4.2), solicitação de autorização (4.3), autorização para execução (4.4), envio de cobranças (4.5), envio de demonstrativos (4.6) e envio de recursos de glosas (4.7).
- 4.10 **Entidade representativa** – informar a presença de serviço de recepção primária dos dados assistenciais de entidade representativa da operadora, sendo: “S” para sim ou “N” para não.
- Para a pesquisa Radar TISS 2013 foram selecionadas as mensagens eletrônicas de elegibilidade do beneficiário (4.2), solicitação de autorização (4.3), autorização para execução (4.4), envio de cobranças (4.5), envio de demonstrativos (4.6) e envio de recursos de glosas (4.7).

### **Questão 5- Certificado digital para o Padrão TISS**

<b>5.1 Certificado digital no servidor da operadora</b>	<b>5.2 Identificação e domínio do certificado</b>	<b>5.3 Quantidade de prestadores</b>
S/N		

## Orientações para a questão 5

<i>Item</i>	<i>Orientação</i>
5	<p><b>Certificado digital</b> – informar a condição de implantação de certificado digital no servidor da operadora (próprio, terceirizado ou de entidade representativa), o domínio de instalação do certificado e o número de prestadores que utilizam certificado de assinatura digital para envio das informações do padrão TISS.</p> <p>O <b>certificado digital</b> é um documento eletrônico que identifica, de forma segura, pessoas ou empresas no mundo virtual, funcionando como uma carteira de identidade digital, permitindo a troca segura de documentos, dados e mensagens eletrônicas.</p>
5.1	<p><b>Certificado digital no servidor da operadora</b> – informar a existência de implantação de certificado digital no servidor da operadora ou no servidor de empresa contratada pela operadora para realizar a troca eletrônica de informações do padrão TISS, sendo: “S” para sim ou “N” para não.</p>
5.2	<p><b>Identificação e domínio do certificado</b> – informar a denominação (nome comercial) do certificado digital utilizado pela operadora ou por empresa contratada por ela e também o domínio onde está instalado o certificado.</p>
5.3	<p><b>Quantidade de prestadores</b> – informar o número de prestadores contratados, credenciados e próprios da operadora que utilizam certificado próprio de assinatura digital para assinar a mensagem enviada na troca de informações do Padrão TISS.</p>

## **Questão 6– Conectividade para o Padrão TISS**

<b>6.1 Forma de acesso</b>	<b>6.8 Implantado (S/N)</b>	<b>6.9 Quantidade de prestadores</b>
6.2 Webservice para elegibilidade, solicitação e autorização de procedimentos	S/N	
6.3 Webservice para envio de cobranças	S/N	
6.4 Webservice para solicitação e envio de demonstrativos	S/N	
6.5 Portal para upload de arquivos com cobranças	S/N	
6.6 Portal para cadastramento de guias/cobranças	S/N	
6.7 Portal para solicitação e emissão de demonstrativos	S/N	

### Orientações para a questão 6

<b>Item</b>	<b>Orientação</b>
6	<p><b>Conectividade</b> – informar o tipo de conectividade que a operadora disponibilizou aos seus prestadores, no período de <b>01 a 31/08/2013</b>.</p> <p><b>Conectividade</b> – é o processo de conexão de um dispositivo a outro com a finalidade de transferir informação.</p> <p><b>Portal</b> é uma página eletrônica que dá acesso a vários serviços.</p> <p><b>Webservice</b> é uma tecnologia de comunicação com a qual diferentes aplicações podem interagir, enviando e recebendo dados em formato XML. É uma solução para a interoperabilidade entre sistemas de informação.</p> <p><b>Forma de acesso</b> – informar a situação de implantação (6.8) e a quantidade de prestadores (6.9) por tipo de conectividade. Para a pesquisa Radar TISS 2013, selecionou-se duas formas de conectividade: portal e <i>webservice</i> por tipo de informação transmitida.</p> <p><b>Webservice para elegibilidade, solicitação e autorização de procedimentos</b> – informar se essa forma de acesso está disponível para o prestador de</p>

serviços de saúde e a quantidade de prestadores que usaram o serviço no período de 01 a 31/08/2013.

- 6.3 **Webservice para envio de cobranças** – informar se essa forma de acesso está disponível para o prestador de serviços de saúde e a quantidade de prestadores que usaram o serviço no período de **01 a 31/08/2013**.
- 6.4 **Webservice para solicitação e envio de demonstrativos** – informar se essa forma de acesso está disponível para o prestador de serviços de saúde e a quantidade de prestadores que usaram o serviço no período de **01 a 31/08/2013**.
- 6.5 **Portal para upload de arquivos com cobranças** – informar se essa forma de acesso está disponível para o prestador de serviços de saúde e a quantidade de prestadores que usaram o serviço no período de **01 a 31/08/2013**.
- 6.6 **Portal para cadastramento de guias/cobranças** – informar se essa forma de acesso está disponível para o prestador de serviços de saúde e a quantidade de prestadores que usaram o serviço no período de **01 a 31/08/2013**.
- 6.7 **Portal para solicitação e emissão de demonstrativos** – informar se essa forma de acesso está disponível para o prestador de serviços de saúde e a quantidade de prestadores que usaram o serviço no período de **01 a 31/08/2013**.
- 6.8 **Implantado** – informar a condição da forma de acesso à conectividade disponível entre a operadora e seus prestadores, sendo: “S” para sim ou “N” para não.
- 6.9 **Quantidade de prestadores** – informar a quantidade de prestadores que utilizaram a forma de acesso implantada (6.8).

**Questão 7 – Comunicação da operadora com beneficiário via site com login e senha.**

7.1	Disponibiliza ao beneficiário canal de acesso com login e senha?	S/N
7.2	Para acesso a dados cadastrais	S/N
7.3	Para acesso à rede de prestadores	S/N
7.4	Para acesso aos dados de utilização de serviços	S/N
7.5	Para acesso a outros dados ou serviços	S/N

**Orientações para a questão 7**

No item 7.1, a operadora deve informar se disponibiliza acesso para o seu beneficiário, em seu site, mediante utilização de *login* e senha individualizada. Caso a resposta seja afirmativa, nas linhas seguintes a operadora deve informar a que tipo de informações o beneficiário tem acesso mediante a utilização de *login* e senha.

No item 7.2, deve informar se o acesso com login e senha permite que o beneficiário acesse seus dados cadastrais existentes na operadora.

No item 7.3, deve informar se o acesso com login e senha permite que o beneficiário acesse a rede de prestadores do plano contratado, mesmo que já exista acesso à rede em área não logada.

No item 7.4, deve informar se o acesso com login e senha permite que o beneficiário acesse a sua utilização de serviços.

No item 7.5, deve informar se o acesso com login e senha permite que o beneficiário acesse a dados diferentes dos itens anteriores.

**Questão 8 - Principais demandas para o Coordenador TISS no período**

Nesta questão a operadora deve relacionar as demandas que mais frequentemente são enviadas ao seu coordenador do padrão TISS pelos seus prestadores de serviços.

---

**Questão 9 - Principais dificuldades para a implantação do Padrão TISS**

Nesta questão a operadora deve informar as principais dificuldades que teve ou está tendo para implantação do Padrão TISS, incluindo o processo interno e o relacionamento com a sua rede de prestadores.

**Questão 10 – Implantação da Versão 3 do Padrão TISS**

Nesta questão a operadora deve responder se disponibilizou para teste ou em projeto piloto a versão 3 do Padrão TISS para os seus prestadores de serviços de saúde. A operadora deve responder SIM ou NÃO para esta questão, detalhando, a seguir, o estágio de implantação em que se encontra.

**Questão 11 - Responsável pelos dados informados nesta pesquisa**

Nesta questão a operadora deve informar o responsável pelas informações enviadas na pesquisa do Radar TISS 2013, com os seguintes dados:

Nome do responsável:

Cargo ocupado na operadora:

Telefone de contato:

E-mail de contato:

Rio de Janeiro, 22 de maio de 2013.

Marizélia Leão Moreira  
(ANS)

Benício Paiva Mesquita  
(CFO)

Carlos Eduardo Ferreira Moura  
(CBR)

Celina Maria Ferro de Oliveira  
(ANS)

Erimar Carlos Brehme de Abreu  
(CMB)

João de Lucena Gonçalves  
(CNS)

José Clovis Tomazzoni Oliveira  
(UNIODONTO)

Luciana Yonezawa Tamada  
(UNIMED DO BRASIL)

Luiz Antonio de Biase  
(ABRAMGE)

Luis Gustavo Gasparini Kiatake  
(SBIS)

Murilo Alves Moreira  
(ANAHP)

Maria Christina Barbosa Veras  
(CFP)

Roney Veronez  
(UNIDAS)

Rodrigo Dias Villela  
(SINOOG)

Sonia Bastos  
(FENASAÚDE)

Valdirene Batista Ribeiro Costa  
(CFFa)

Vera Barros de Leça Pereira  
(CFN)

Walter Lyrio do Valle  
(FBH)

Wilson Shcolnik  
(SBPC/ML)