

Transcrito por: Mariana Rosa Morêto

Arquivo: primeira etapa

P/Barroca – Boa tarde a todos, queria saudar a todos os presentes, em especial também saudar a equipe da agencia da GGEOP, está aqui a Cristiane Arruda que vem liderando esse processo mais diretamente relacionado a essa qualificação, a esse projeto. O Rafael como gerente geral e o Felipe, né, como gerente. E mais do que fato da gente estar diante de um desafio de um projeto colocado na agenda regulatória de 2013, 2014, é o fato da necessidade e aí eu vou aproveitar um pouco do que aconteceu recentemente da gente qualificar a entrada do beneficiário, né? Domingo todos fomos surpreendidos com uma reportagem na televisão, que se falava exatamente de que? Entre outras coisas, de como que um usuário faz a adesão a um plano de saúde coletivo, né, e essas diferenças em relação ao individual e enfim, tudo isso é bastante explorado e já não é a primeira vez que isso é colocado. A gente sabe que existem questões relacionadas aos problemas individuais que estão sendo tratadas pela diretoria da agência, que hoje inclusive, nesse momento está começando uma reunião de colegiados, eu já peço desculpas antecipadamente porque eu vou fazer a abertura e vocês não vão pode me jogar pedra depois, pelo menos aqui, porque eu vou para lá, vocês joguem pedra no Rafael né. Então ele já agradeceu aqui, mas a ideia é que a gente possa, efetivamente além da DLP, que eu sei que é um problema, a gente tratar da qualificação da entrada desse beneficiário dentro do sistema. E isso a gente estava conversando essa semana e ressuscitou-se uma ideia, e a gente estava conversando um pouco como Rafael, com o Felipe, não chegamos nem a amadurecer completamente dentro da equipe, mas de se conseguir pensar e aí o cara convocava vocês para que a gente pense em um termo de venda, que o usuário, especialmente o usuário daquele do plano coletivo por adesão, coloque do próprio punho ou digite na tela de que forma que seja, que ele é comerciário, que ele é industriário, que ele é associado da associação e que ele sabe que, portanto, não é pelo fato dele ser coletivo que ele está delegando a diretoria da sua associação, por direito e dever de representa-lo né. A gente acha isso fundamental, “ah isso vai acabar com todos os problemas, isso não é pedra de roseta da saúde suplementar” não, claro que não vai, mas reduz um pouco, né, na medida em que dá o compromisso do usuário para também, diretamente de fazer, de colocar ali a sua filiação a aquela determinada associação, aquele determinado sindicato que ele sabe efetivamente aquilo que ele está vindo adquirir né, ou se associando. A gente fala, eu sempre acho que esses casos não existem né. Não isso não é assim... E sempre os repórteres não só acham, como depois eu começo a andar um pouquinho e eu começo a esbarrar com fulano que tem um plano de associação, mas que associação é essa? Então é uma associação... Eu digo, mas você não é isso, não, mas, é... Bom, enfim, não dá. Não é possível. Isso fragiliza extremamente vocês, a operadora,

aos órgãos de defesa ao consumidor que ficam numa situação complicada de fazer essa defesa desse usuário né, eu acho que é uma modalidade né. O coletivo por adesão interessante, é uma modalidade válida, é uma modalidade de você agrupar pessoas em torno de fazer essa compra, só que o termo de compra e ai eu não sei se é esse o melhor nome do mundo, algo simples, padronizado, pequeno, não é um guia de três paginas que a pessoa tem que ler tudo e escrever e assinar em três dias, não. É uma coisa pequena, mas que caracteriza no momento da adesão, que ele sabe exatamente aquilo que ele está comprando. Isso é uma demanda já de parte da diretoria colegiada, eu acredito que rapidamente vá se estender a diretoria colegiada como um todo e a gente quer aproveitar exatamente uma câmara técnica desse nível para que os senhores possam colaborar dentro dessa construção desse termo de adesão. A gente acha e tem certeza que vai ser termo de compra e vai ser bom para todos. Eu sei que os senhores tem uma extensa programação hoje à tarde, o Rafael me mostrou um pouco todas as, tem várias apresentações marcadas, a gente sabe que é um tema importante e por isso está na agenda. A gente não economiza esforços e uma parte importante da DIPRO está aqui exatamente para fazer essa discussão. Para fazer essa discussão no sentido de melhorar a entrada, quanto melhor, a gente continua realmente acreditando nisso, quanto melhor for este momento da adesão da compra, mais fácil tende a ser todo o futuro né. Mais claro a juntar as regras, mais claro a juntar as formas e até para a gente saber de onde é que a gente deve melhorar junto com vocês. É isso, enfim, realmente desejar para além do termo de compra, eu sei que vocês tem ai uma agenda importante, sei que várias colaborações foram feitas, sei que o DLP não desapareceu de ser um problema, desde que a gente não vá discutir medicamente o que é DLP, o resto a gente sempre vai estar a favor no sentido de melhorar o fluxo, de facilitar a essa adesão e de que seja claro para o consumidor, né. Eu realmente quero desejar uma boa tarde de trabalho, pedir mil desculpas, mas eu vou ter que voltar correndo para lá, porque a gente está em um apoio ai ao doutro André, que, aliás, queria estar aqui, mas ele está presidindo lá a diretoria do colegiado e então teve que ficar lá. Mas de qualquer maneira a gente tem uma expectativa muito grande nesse grupo, nesse trabalho que vocês hoje estão desenvolvendo. Enfim, obrigado, boa tarde de trabalho, e a gente espera receber ai as colaborações em relação não só ao tema, a esses vários temas já colocados como ao nosso futuro termo de venda. Senhores, boa tarde, obrigado e enfim, já passo a palavra ao Rafael.

P/Rafael – Bem, gostaria de agradecer ao Barroca, antes de mais nada boa tarde a todos e a todas. Pedir ao Felipe para compor a mesa por gentileza. Bem, dando continuidade aqui a câmara de acordo com a programação, qual é a nossa programação agora? Está ai disposta, mas para deixar bem claro para equalizar a informação, a gente trouxe uma apresentação aqui que está um pouquinho longa, mas ela na realidade tem alguns temas, alguns slides que vou poder passar rápido, que qual foi o objetivo dessa apresentação? Tiveram, teve um estudo que a gente não conseguiu finalizar para a primeira reunião, que a gente vai abrir a câmara técnica agora, e o segundo estudo que a gente está trazendo foi uma solicitação que a PROTESTE fez na reunião anterior que a gente está trazendo o estudo das NIPs. Dando segmento a apresentação, o que a gente fez? A gente colacionou todas as principais contribuições que as entidades que mandaram contribuições e hoje

arquivos, hoje estão sendo disponibilizados lá no site, os arquivos em PDF, escaneados, para que cada um possa acessar no site da agência, e a gente fez um breve resumo das contribuições, obviamente eu peço antecipadamente desculpa se não vai estar tudo presente por motivos óbvios, se não a gente vai ficar aqui a tarde toda só apresentando o que foi contribuído com as contribuições que foram recebidas, e ao final, eu vou passar aqui para a Cris para a gente trazer mais alguns questionamentos que vão até balizar a terceira reunião que está agendada para o final de julho que a gente vai trazer no final. Um detalhe importante é que ao longo da apresentação a gente foi pegando itens das entidades que contribuíram, fizemos alguns questionamentos. Até para a gente tornar a apresentação mais séria, até porque tem muita programação depois do coffee, a gente pede a gentileza, se tiver contribuição da pessoa que faz o questionamento que a gente fez, traga depois os debates para a gente poder depois agilizar aí seguindo o trabalho. Então pessoal, vamos começar com essa pesquisa aqui, que o que acontece? Essa pesquisa nós quisemos trazer para a primeira câmara técnica além daquelas que estão na apresentação que está no site da agência, lá no espaço da câmara técnica, que foi o seguinte, a gente fez uma análise com as informações que estão no sistema da agência, que são prestadas pelas operadoras, de nos últimos 24 meses, quantos beneficiários aderiram a planos, e está gravado lá no SIB web, lá nas informações, a cobertura parcial temporária cinco, a operadora informou que ele ingressou no plano, e nesse ingresso foi atribuída a CPT. Nesses últimos 24 meses, nos últimos dois anos, 4.6% dos beneficiários que entraram em todos os planos, estão com cumprimento de CPT. E a gente fez a divisão aqui para ficar bem claro, então as modalidades de plano. Individual, coletivo por adesão e empresarial. Nos planos individuais, nos últimos 24 meses, 10.30% dos beneficiários, eles estão em cumprimento de CPT. Foi marcado, que a operadora no início da adesão do beneficiário, ofereceu a CPT e ele aceitou e ele está em cumprimento. Já nos planos coletivos por adesão, 6% desses beneficiários estão em cumprimento de CPT, ou seja, aí quase, um pouquinho mais de 4% a menos que o plano individual. E já nos planos coletivos empresariais, 3.50% dos beneficiários estão em cumprimento de CPT. Observação importante, está aqui no final, é que para esse cálculo foram considerados todos os contratos, não apenas aqueles com menos de 30 vidas, porque como todos sabem eu não absinto prever aqui, quando o contrato tem mais de 30 vidas, não pode ser atribuído a CPT, desde que cumpra aquela regra que o beneficiário ingresse em 20 dias, da formalização do contrato ou quando ele entra na empresa. Um detalhe que é importante que essa pesquisa faz, é o seguinte, conforme foi apresentado, na última reunião da câmara técnica, ficou claro pelos números que foram trazidos, que o problema do _____, da entrada, não é um problema exclusivo de plano individual, e muito pelo contrário, ficou provado que isso acontece bastante nos planos coletivos. E coletivos eu falo em coletivo por adesão e coletivo empresarial. Então essa sua análise, embora não seja muito grande em números, revela que a entrada nesses planos ainda é muito adicional, o que revelar uma certa preocupação da agência e que traz a gente aqui para discutir isso na câmara técnica. Por que essa diferença aqui de número tão grande do individual? Porque essa, principalmente do individual por adesão, a gente tem uma contribuição mais a frente que traz até um, salve engano, foi a ABRAMGE que trouxe, que os planos abaixo talvez tenha comportamento parecido com os individuais, e traz a baía

nessa discussão, como está sendo a entrada nos coletivos? Voltando o que a gente trouxe na primeira técnico, desmistificar aquela lógica de que esse é um problema individual. Não é. A entrada, a alegação de DLP é um problema que infringe todos os planos, seja ele individual ou coletivo. Então esse estudo aqui veio demonstrar isso. Claro que gente tem esse problema aqui no empresarial por causa do CAU, mas foi feita essa observação. Dando segmento, esse aqui foi um pedido que a ABRAMGE trouxe na última reunião da câmara técnica, a gente teve um pouquinho de trabalho para fazer, mas ficou pronto. A ABRAMGE não, perdeu, a Proteste, fez na primeira reunião da câmara técnica e a gente trouxe aqui os dados da NIP, o corte que nós fizemos aqui, até por esse total que é bem pequeno, foi só em relação às negativas de cobertura por alegação de DLP, então esse número aqui é bem pequeno por motivos óbvios, a gente não pegou o total de NIPs, até porque o objeto aqui é discutir a alegação de DLP. E nesse sentido, esses dados aqui são do ano de 2012, nós tivemos a divisão aqui por estado da federação, vale frisar que Rondônia e Roraima não constam em uma reclamação porque não foi recepcionada, mas um dado importante, pegando o total é a divisão de qual foi o resultado final da reclamação do beneficiário, e aí é importante trazer o esclarecimento desses quatro conceitos que os senhores e senhoras já devem saber, mas é sempre importante para equalizar a informação. A demanda inativa é aquela que presume-se que teve uma resolução da demanda porque foi feita a reclamação pelo beneficiário e ela não teve andamento, então há uma presunção que houve a resolução. A RVE, que houve a liberação do procedimento, mas houve a liberação do procedimento via de regra depois do prazo máximo que está disposto lá na RN 259, a NIP não procedente que o próprio nome diz, não precisa maiores _____ que ela foi julgada pelo técnico da agencia e foi considerada não procedente a reclamação, e a demanda que foi encaminhada para o núcleo. Essa demanda que foi encaminhada pelo núcleo, ela ainda vai passar todo trâmite administrativo e depois pode ter ou não a lavratura do alto de infração, vai ter o julgamento e o julgamento pode ser procedente ou improcedente dentro todo aqueles termos da 9784. Então, e no ano de 2012, nós temos aqui um dado importante que, embora o número de inativas realmente seja grande, o número de RVE chama bastante a atenção, ou seja, a princípio deslumbra-se uma negativa de cobertura, mas que depois houve a liberação do procedimento. E aqui basicamente teve uma diferença um pouquinho a mais das demandas que foram para o núcleo, mas o número de NIP não procedente e de NIP que foram para o núcleo, ficou bem parecido. Ela chama atenção comparando com RVE que foi basicamente o dobro. Tem alguns dados que chamam a atenção, por exemplo, aqui no estado da Paraíba que nós tivemos só NIP inativas outras aqui no Maranhão, muita demanda que tornou processo do núcleo. Aqui no Rio Grande do Sul muita demanda finalizada por RVE, no Tocantins também, todas as demandas que foram recepcionadas foram analisadas por RVE. Enfim, aqui é diversidade de acordo com o estado da federação, e Santa Catarina também uma diferença muito grande, um processo aberto indo para o núcleo e a mesma coisa aqui no Rio Grande do Norte. Então esse é o retrato do ano de 2012. Dando segmento a gente traz os dados aqui do ano passado, das NIPs do ano passado, o número foi um pouquinho superior, 1302, nós tivemos 1200 e pouco no ano de 2012, e aqui no resultado das NIPs a gente vê uma diferença bem grande em relação ao ano de 2012, que a gente tem um número grande de demandas inativas e aqui

o número de núcleo, praticamente é maior, quer dizer, praticamente não, é maior que a soma das demandas finalizadas por RVE e não procedentes praticamente aqui se equivalem. Tem uma diferença bem pequena aqui entre as duas, mas isso chama a atenção que via de regra a demanda que é encaminhada para o núcleo ela demanda uma análise mais especial, mais particularizada para ver se efetivamente a negativa de cobertura é ou não legítima, foi feita pela operadora, é ou não legítima. Outro detalhe que também pode ter contribuído para esses números modificarem que trouxe no meio do ano passado que foi o ____ da RN319, da informação da negativa de cobertura que como a agência colocou na época, é uma coisa que não trouxe, a única novidade que trouxe foram os prazos, mas já era uma coisa que a operadora já fazia que era informar o beneficiário porque da negativa de cobertura. Então esses aqui são os dados que foram solicitados pelo Proteste, essa apresentação como de _____ vai lá para o site. A gente fez a intenção aqui de dividir por estado, para mostrar que tem diferenças por estado bastante grandes aqui em 2013 da mesma forma como 2012 no Rio Grande do Sul, uma grande abertura de processos pelo núcleo, aqui indo para a mesma coisa... Aqui e no Rio Grande do Sul nós tivemos muito pouca demanda finalizada pelo RVE, em São Paulo as demandas por RVE superaram as não procedentes, enquanto no total elas se equivalem, enfim, isso demonstra a diversidade, se foi os estudos... Um estudo que a gente não conseguiu finalizar para a primeira reunião, e esse estudo aqui que foi solicitado pela Proteste na primeira reunião, a gente está trazendo para cá, para demonstrar o impacto da NIP em relação às negativas de cobertura. É importante, mais uma vez, sempre frisar o seguinte, essas demandas aqui, esse corte da NIP foi por negativa de cobertura, por causa da delegação de DLP, por isso que o número é pequeno. Finalizada essa primeira parte da apresentação que foi trazer o estudo que a gente não finalizou na primeira e esse estudo solicitado pela Proteste, a gente vai entrar na parte das contribuições, a gente tentou aqui condensar as contribuições que foram encaminhadas por essas cinco entidades, ABRAMGE, ABRASO, a fina saúde, a proteste e SINO, para deixar os principais pontos que foram levantados pelos principais participantes. A gente fez uma divisão aqui para deixar claro que primeiramente a gente trouxe as contribuições para os questionamentos que foram feitos na primeira reunião, todos aqueles que a gente fez e os senhores e senhores tiveram oportunidade de fazer debates orais na primeira reunião, e depois a gente trouxe outros assuntos que foram levantados pelas entidades que mandaram contribuição. E a gente fez a divisão, mais para frente a gente vai demonstrar. Volto a dizer, peço desculpa se não foi contemplado algum assunto, ou algum tema que ficou meia parte, mas os ofícios estão no site, estão colocados lá no site já e a ideia é trazer aqui os principais temas para dar segmento na discussão. A primeira pergunta que a gente trouxe na primeira câmara técnica foi essa, deve haver diferenciação no ingresso de beneficiários em plano individual ou coletivo em até 30 vidas? A ABRAMGE colocou o seguinte que os contratos coletivos com até 30 beneficiários tem comportamento semelhante aos planos individuais. Então adiantei até na primeira pesquisa que a gente trouxe. Outra contribuição que a ABRAMGE trouxe sobre esse assunto é o seguinte, deve ser mantida a restrição de atendimento em 24 meses, em qualquer tipo de contratação, uma vez que o artigo 11 na 9656 d a lei, não restringiu esse direito apenas a planos individuais, familiares ou coletivos com menos de 30 beneficiários. A ABRAMGE trouxe aqui o dispositivo da lei que prevê lá

o artigo 11 e o seu parágrafo único sobre o assunto. Já a ABRASO, em relação a essa pergunta fez a seguinte afirmação: Não é prudente haver qualquer tipo de diferenciação para o ingresso de beneficiados em planos individuais ou coletivos de 30 vidas. Qual foi a ideia de trazer a _____ aqui a discussão? Aquela primeira pesquisa que a gente trouxe nessa apresentação aqui, era justamente discutir a diferença de CPT em plano individual e coletivo, então essa pergunta veio ao encontro daquela primeira pesquisa, por que quê, se os planos têm comportamento semelhante e essa regra não pode haver qualquer tipo de diferenciação, porque os números CPT tem essa diferença? Não é uma diferença muito significativa, é verdade, mas por quê? Por que será que, será que a entrada hoje do plano individual está diferente do plano coletivo? E como a gente pode fazer isso para melhorar essa entrada, para deixar mais claro isso? Porque a gente sabe, eu sei disso, até o Barroca fez o favor de apresentar a reportagem que foi divulgada no fantástico, por ter uma diferença de preços de entrada entre plano coletivo e individual. Efetivamente, tirando a questão preço, que é uma coisa que atrai o consumidor, mas que não tem que ser o principal. Por que tem uma diferença grande entre a CPT e outro? Essa é uma discussão importante que a gente tem que fazer aqui na câmara técnica. Como a gente pode equalizar essa entrada para tornar ela mais clara? Segunda pergunta que a gente trouxe na câmara técnica, como administradora de benefícios pode colaborar para qualificação do ingresso no plano. A ABRAMGE trouxe as seguintes contribuições, exercer apoio técnico na discussão de aspectos operacionais e auxiliar na orientação do beneficiário antes da contratação do plano sobre as regras atinentes a doenças ou lesões pré-existentes. Seguinte, a ABRASO, apresenta o plano de forma mais transparente possível e orientar o consumidor para que ele tenha seus anseios atendidos, com relação ao trato de sua saúde. Aqui mais uma vez, por que a gente trouxe essa questão da administradora, a administradora hoje, embora a norma deixe claro que não é obrigação dela estar presente no trato coletivo, ela tem sido um importante player no mercado, porque grande parte dos contratos coletivos tem tido a intermediação. Seja dela prestando assessoria apenas operacional ou ela entrando como coestipulante. Então essa entrada do plano que a administradora está lá para representar e defender a pessoa jurídica contratante, como ela pode ajudar nessa entrada do beneficiário? Como ela pode chegar para a pessoa jurídica _____ e auxiliar que o beneficiário possa ter mais informação, ter ciência de qual plano que ele está entrando. Vai saber, você está entrando no plano coletivo e no plano coletivo por adesão, ligado a sindicato, a associação fulano de tal, ou você está entrando no plano empresarial da empresa XPTO S/A. Essa é a discussão que a gente quis trazer com essa pergunta que foi feita na primeira câmara técnica. Que ações podem ser adotadas para a identificação da DLP? Orientação? Perícia? Pode haver? Quando? Quais os limites? Qual a população alvo? O beneficiário pode se negar a fazer perícia? A ABRAMGE traz as seguintes contribuições: A orientação adequada ao beneficiário demanda tempo e não deveria ficar restrita ao profissional que vende o plano de saúde. Seguindo, a ABRAMGE faz uma solicitação aqui, mais a frente tem até um outro item específico sobre isso, lapso temporal entre a manifestação de interesse do beneficiário em aderir o plano, e o início da vigência contratual para fornecimento do orientações aos que assim desejassem e realização de perícia nos casos estabelecidos pela operadora. Possibilidade de questionamento sobre hábitos de vida, sinais e sintomas e uso de medicamentos para que

operadora pudesse definir a população que passaria pela perícia. Esse pedido aqui é pertinente porque hoje realmente a 162 ela deixa claro que não pode ter questionamentos na declaração de saúde sobre hábitos de vida, sinais e sintomas. E traz uma contribuição aqui que também mais a frente à gente vai demonstrar que outros contribuintes fizeram a mesma solicitação do lapso entre o interesse do beneficiário em aderir o plano, e que essa orientação também não deveria ficar restrita só para o profissional de vendas. Uma coisa que é importante e a gente sempre tem em mente na entrada do beneficiário, é que qualquer que seja lapso, que a gente pode discutir aqui o objeto, aqui a câmara técnica, a gente sempre tem que ter em mente a sumula 19, que deixa claro aquilo que o beneficiário não pode de qualquer forma, se ele quiser aderir um plano, não pode ser impedido por qualquer situação, idade, por portar doença, por ser deficiente... Isso é importante porque está na própria lei, artigo 14 da lei 9656 e a sumula 19 também reflete o entendimento da colegiada sobre o assunto. Ainda seguindo nessa pergunta, a ABRAMGE traz as seguintes solicitações sobre as perícias, especificamente sobre perícia. Existência de regras claras para a perícia. Um: o beneficiário ser previamente informado dos locais em que são realizadas antes da assinatura da proposta de adesão. Dois: se o beneficiário não puder comparecer no local e data definido, sua adesão ao plano fica suspensa até o comparecimento conforme sua disponibilidade, e isso falando especificamente sobre perícia. Três: a possibilidade de apresentar exames como alternativa a perícia. Quatro: a eleição de uma população alvo pela operadora que seja mais condizente com a possibilidade de possuir uma doença ou lesão pré-existente. Cinco: o beneficiário não poderia se negar a fazer a perícia, se houver recusa e algum pagamento, poderia ser restituído de parte do pagamento, descontadas as despesas administrativas envolvidas, porém não poderia lhe ser garantido ingresso ao plano. Aqui especificamente a ABRAMGE traz a resposta ao questionamento específico da perícia. Uma coisa que é importante chamar a atenção aqui, é a questão dessa eleição, eu acho importantíssimo que seja discutido aqui, de é válido, é possível, é razoável ter uma eleição prévia de qual seria a população alvo? Qual seria a transparência que seria dado isso? Porque de antemão o consumidor ia saber que ele ia ser submetido a perícia em detrimento de outro? Esse é um questionamento importante para a gente trazer aqui, se isso está de acordo com o arcabouço regulatório que a gente quer tratar sobre o assunto. Essa outra questão que foi trazida aqui, a possibilidade de apresentar exames como alternativa a perícia, porque hoje a perícia via de regra é feita só pela operadora. Esses exames aqui seriam apresentados pelo médico particular dele, poderia chegar olha, fiz esse exame mês passado, to aqui para comprovar que eu tenho ou que eu não tenho nenhuma doença ou lesão pré-existente. E a questão da negativa da perícia, porque, volto a dizer tendo em mente a sumula 19, porque qual seria o tratamento que a gente ia dar a isso? Porque beneficiário se ele não se negar a perícia ele pode efetivamente ser proibido de contratar o plano? Essa é uma questão também importante para a gente discutir aqui. A ABRASO traz a seguinte contribuição: A realização de um exame do tipo adimensional e facultativo, específico para DLP, em todos os pretensos beneficiários, cuja recusa em realizá-lo sujeitaria o mesmo as aplicações pertinentes a omissão de formação de DLP. E aqui nesse primeiro slide a gente traz as nossas dúvidas que a gente teve quando analisou essas contribuições, e aí a gente pede até que sejam trazidos os debates para a gente poder dar

seguimento, até porque a própria... A ABRASO não fez contribuição, não vai fazer apresentação, mas depois tem espaço para se manifestar nos debates, mas a ABRAMGE vai poder falar, são dúvidas que o nosso grupo de trabalho coordenado pela Cristiane Arruda trouxe. Dúvidas nossas. O exame é dimensional, entrevista qualificada em questão, seria padronizado para qualquer consumidor? Dentro daquela pergunta lá da lógica que seria o “público alvo”, que seria escolhido para fazer a perícia. Hoje quem determinaria a realização do exame adimensional? Essa entrevista qualificada, que tem impacto, tem inter-relação com essa primeira pergunta, que é justamente se é razoável a gente estabelecer de antemão qual seria o público alvo para uma eventual entrevista qualificada ou perícia. Três, a realização desse exame, entrevista qualificada seria facultativa para a operadora ou para o beneficiário? Seria razoável, ainda assim, mesmo tendo esse público alvo, o beneficiário dizer “eu não quero fazer essa entrevista qualificada, ou a perícia”? E quatro, na hipótese de verificação na existência de doença, após realização do exame adimensional, a entrevista qualificada e já na vigência do contrato, esta doença seria considerada pré-existente nos termos da lei 9656? Ou seja, a doença já existia após realização desse exame dimensional, a gente nem trouxe aqui a questão da perícia, e já na vigência do contrato essa doença poderia ser considerada pré-existente? Ou seja, se ela não fosse verificada aqui, poderia ser alegada eventual DLP? Essa é uma questão também que a gente quer trazer para a discussão aqui porque supostamente já teria sido feita a entrevista qualificada, ou eventual perícia no beneficiário. Seguindo, quais ações podem ser adotadas para a identificação da DLP? Isso foi outro questionamento que a gente trouxe na primeira reunião da câmara técnica. Aqui a contribuição que a Proteste trouxe, as operadoras e as administradoras de benefícios, por serem possuidoras de maior capacidade técnica, devem auxiliar o consumidor no preenchimento da declaração de saúde, além de prestar todas as informações, como forma de proteção efetiva do consumidor e respeito a sua liberdade de escolha, sendo solidariamente responsáveis quando violam esse dever de informação. Isso é outra contribuição da Proteste. A responsabilidade do preenchimento da declaração de saúde não pode ser importada exclusivamente ao consumidor, pois o formulário muitas vezes é preenchido pelo próprio corretor e tem interesse na venda. Perdão, vou dar seguimento aqui e depois a gente dá uma paradinha. Ainda, quais as ações podem ser adotadas para a identificação de DLP, contribuições da Proteste. As operadoras por possuírem maior capacidade técnica, podem exigir, se for o caso, a realização de perícia após entrevista qualificada que precede a contratação. E se não fazem, não podem posteriormente, alegarem a negativa de cobertura por tratar-se de doença pré-existente. Aqui a Proteste traz a sumula, a gente copiou ____ do que eles trouxeram, os senhores e senhoras já sabem, foi até divulgado no site da agência, o CNJ trouxe até novos enunciados, novas sumulas sobre o assunto, lá inclusive consta o denunciado sobre o DLP, a gente não contemplou aqui na apresentação, mas está lá previsto. Mas enfim, a gente trouxe essa sumula aqui porque a gente copiou ____ do que a contribuição que a Proteste trouxe que é a sumula 105 do Tribunal Justiça de São Paulo, que não prevalece a negativa de cobertura as doenças ou lesões pré-existentes se a época da contratação do plano não se exigiu prévia exame médico adimensional. Mais uma contribuição da Proteste. A realização de perícia não pode estar ligada a uma população alvo, para não criar dificuldades na contratação de um plano

de saúde a certos grupos de pessoas, como idosos, portadores e deficiência e etc. E o consumidor poderá negar a realização de perícia, desde que faça com médico de sua escolha e arque com os custos. Aqui a gente, foi o que eu chamei a atenção até nas contribuições anteriores que volta esses dois temas aqui que eu acho fundamentais a discussão, que é a vinculação a uma população alvo ou população escolhida da realização da perícia, no segundo, qual a governabilidade que o consumidor e também a operadora tem em relação a realização da perícia. O consumidor pode se negar? Qual seria o _____ que ele teria que carregar por negar isso? Porque, voltando a dizer, tudo dentro daquela ótica que a gente tem de trabalhar aqui pensando nos ditames lá da sumula 19 e do artigo 14 da 9656. E, a solução que a Proteste até traz aqui que é uma das que a gente vai trazer nas questões para debate no final da apresentação, é, se o beneficiário se negar a fazer essa perícia aqui, ele pode fazê-la com o médico de sua confiança e arcar com os custos, porque hoje todo senhor e senhora sabe quanto a relação a entrevista qualificada, a entrada no plano e eventual perícia é sobre a responsabilidade financeira da operadora. Então aqui, um novo item que é trazido pela Proteste, além de reforçar o nosso interesse que tantas operadoras e administradoras têm um papel preponderante nessa informação ao beneficiário, que fique claro que ele está contratando, quais são os direitos e os deveres dele quando ele entra em um plano de saúde, quando ele contrata um plano de saúde, ou adere quando é o caso de um plano coletivo. Outro questionamento que a gente trouxe na primeira reunião, que coberturas devem ser suspensas durante a aplicação da cobertura parcial temporária? Cirurgias? Procedimentos relacionados ao órgão afetado ou a doença? E a gente trouxe esse exemplo aqui na primeira reunião, que foi a aplicação da CPT para qualquer problema oftalmológico em decorrência do beneficiário ter astigmatismo. A ABRAMGE trouxe a seguinte contribuição, vamos lá, todo problema vinculado a aquela doença ou lesão ressalvadas as consultas e exames laboratoriais simples. Já a ABRASO, aquelas coberturas que não colocam em risco a vida do consumidor no caso de atendimentos de emergência. Voltar aqui só um minutinho que a gente vai entrar na questão da cirurgia bariátrica. Aqui o questionamento foi para deixar claro o seguinte, hoje a RN 162, ela deixa claro que estão suspensos os leitos de alta tecnologia, o procedimento cirúrgicos que estão vinculados a aquela doença ou lesão pré-existente que o beneficiário ou ele declara no início da declaração de saúde ou é verificado com uma eventual entrevista qualificada ou perícia. E o que acontece em via de regra é quem tem alguns casos que a pessoa tem astigmatismo que é uma doença, vamos dizer até normal, nos olhos, e qualquer problema oftalmológico que ele tiver acaba podendo ter a possibilidade de negativa de cobertura. Então a pergunta que a gente trouxe aqui é justamente qual o alcance que teria a eventual alegação de DLP por parte do beneficiário? Seguindo na apresentação, a gente trouxe o case na última câmara técnica da cirurgia bariátrica, porque foram, a gente identificou na análise dos processos atuais de DLP que a gente tem lá na gerencia geral, esse caso acontece com bastante frequência de solicitações de alegações de DLP não declarada em relação de cirurgia bariátrica. Qual o impacto assumido pela operadora na cirurgia bariátrica? As contribuições: A AMBRANGE trouxe as seguintes contribuições, o maior impacto são as complicações posteriores que podem ocorrer, tratamentos psicológicos, nutricionais e cirurgias plásticas. Aumento expressivo de pacientes que procuram aumentar de peso para cumprir as diretrizes de utilização para a

realização da cirurgia, e o elevado índice de processos administrativos vinculados à obesidade mórbida, tem relação com a dificuldade da própria operadora em compreender quais os limites de sua atuação diante de uma informação prestada pelo beneficiário sobre (peso?) e altura nas declarações de saúde. Voltando aqui, a gente vai entrar em um outro assunto, isso aqui realmente a ideia foi trazer aqui para a discussão da câmara técnica, porque a gente verificou que esse é um case que tem um grande número de processos lá em análise e essa dificuldade que foi até alegada aqui, de quais os limites, a gente verifica na análise dos processos, na prova que é apresentada para demonstrar eventual conhecimento do beneficiário sobre a DLP, porque o que acaba via de regra, é quais são esses limites, esse aumento expressivo que as vezes o beneficiário tem um aumento exacerbado de peso em um certo período da vida que pode coincidir com o período após o ingresso dele no plano de saúde. Então, essa dificuldade, além dos impactos aqui que é cirurgia plástica, chamaram a nossa atenção e por isso que a gente trouxe a questão para o debate aqui. Outra pergunta que foi feita na última câmara técnica. Qual seria o prazo razoável para se identificar uma eventual fraude por parte do beneficiário? Um beneficiário que sabe estar doente e adere ao plano visando uma utilização rápida, aguardaria quanto tempo para solicitar um procedimento? Esse foi o questionamento que foi feito na primeira reunião. A ABRAMGE trouxe as seguintes contribuições, nos primeiros 24 meses de adesão, a operadora pode verificar a ocorrência de fraude. A intenção do beneficiário ao negar uma doença, pode não ser uma utilização rápida, mas apenas que possa estar coberto em casos de complicações no seu estado de saúde, sem ter que aguardar os 24 meses. E a Proteste traz a seguinte contribuição, o período de 24 meses para a imposição da cobertura parcial temporária é demasiadamente alto e prejudicial ao usuário de plano de saúde, sobretudo pela vulnerabilidade e por suficiência desses consumidores. Aqui especificamente em relação a isso a gente tem uma discussão um pouco complicada porque é uma disposição que está na lei 9656 lá no artigo 11, agora essas duas questões que foram trazidas aqui pela ABRAMGE são importantes a gente discutir porque qual seria o prazo para haver essa identificação? Seria razoável ter os 24 meses para que seja feita essa verificação? Qual seria o link que seria feito uma hipótese no vigésimo terceiro mês uma eventual doença que foi verificada antes do contrato? Essa é uma discussão interessante, e uma resposta a pergunta que foi a questão não que é realmente, também pode ser uma vertente, não ser a utilização rápida, mas apenas possa estar coberta do complicações que é uma precaução do beneficiário em um eventual problema que ele tenha após a contratação do plano. Outra pergunta que foi trazida, quais os documentos podem comprovar que o beneficiário ser portador da doença ou lesão do aumento da contratação no ingresso do plano. A ABRAMGE trouxe as seguintes contribuições a ANS poderia solicitar informações diretamente ao médico assistente para definir pela existência ou não de fraude. Já a ABRASO é a declaração de saúde e o exame do tipo adimensional e facultativo específico para DLP, em todos os pretensos beneficiários, cujo recusa em realiza-lo sujeitaria o mesmo as implicações pertinentes a omissão de formação de DLP. Aqui é uma coisa importante que essa informação, pedido de informação direta ao beneficiário, às vezes até em processo de DLP é possível de ser feita, já tivemos cases que foram feitas, só que é para tirar uma dúvida pertinente porque a gente não é o âmbito aqui para discutir esse assunto, mas é sempre bom lembrar do poder regulatório que é

atribuído a lei para a ANS. A ANS regula as operadoras, entre elas as administradoras de benefício, e é claro que os prestadores tem o vertente, até porque fazem parte do sistema, a gente regula e tal na nossa missão da ANS, mas é importante tratar essa questão aqui com uma certa cautela e atenção. E A ABRASO traz a questão da declaração de saúde que já é feita hoje, o beneficiário preenche lá no ato da adesão. Aqui a gente entra na última parte da apresentação, que passadas as perguntas que foram feitas na primeira reunião, a gente trouxe outras contribuições obviamente de forma resumida, trazida por outras entidades que mandaram ofício lá para a agência. Primeiro a contribuição que a gente dividiu por tópicos estabelecer lapso temporal entre solicitação de ingresso no plano e o início da vigência. A ABRAMGE trouxe, ela já havia se manifestado anteriormente e trouxe mais a seguinte contribuição. No momento inicial de vigência do contrato, impede que a operadora identifique a necessidade de aplicar as regras vinculadas à doença ou lesões pré-existentes, antes da vigência contratual. Muitas vezes a operadora ainda se quer tomou conhecimento do conteúdo da declaração de saúde ou pode realizar uma perícia no beneficiário. Antes da vigência contratual, a operadora poderá avaliar a existência de doença nas lesões pré-existentes, e informar sobre as restrições de acesso que terá por 24 meses em virtude de doença ou lesão pré-existente. A operadora não poderá recusar o ingresso de beneficiário em razão de doença ou lesão preexistente. E aqui, uma dúvida que a gente teve em relação a esse assunto, que é essas contribuições que foram trazidas pela ABRAMGE, a solicitação de ingresso do beneficiário no plano que se dá mediante a assinatura do contrato, ou de outro documento. Quando a beneficiária faz o pagamento a operadora, que hoje via de regra, quando o beneficiário, falo via de regra porque existem exceções, quando o beneficiário tem o primeiro contato com a operadora ou o profissional de vendas, ele já faz o pagamento, então o entendimento que a agência tem, é que a partir desse momento, principalmente nos contratos individuais, nossos normativos, o contrato já estaria valendo. Então a dúvida aqui é o seguinte, levando em consideração a possibilidade, opa, essa proposta de ter o lapso temporal para início da vigência do contrato, esse pagamento aqui ele poderia ser feito nesse primeiro contato, seria razoável que o beneficiário pagasse e a vigência não fosse atribuída nesse primeiro contato? Porque de certa forma ele já está pagando o plano, então isso seria razoável? Porque a tese aqui levanta também a questão da possível avaliação da existência ou lesões, e aqui esse terceiro item traz a exposição que eu já venho falando, da sumula 19 do artigo 14. Agora, essa dúvida do pagamento, é extremamente pertinente, sobre para a gente seguir na eventual discussão desse lapso temporal. Ainda sobre o lapso temporal, a FENASAÚDE traz as seguintes contribuições: para possibilitar que a operadora avalie com cautela se a declaração de saúde foi devidamente preenchida, contendo todos os dados definidos como obrigatórios pela ANS, e se o consumidor informou o seu real estado de saúde. Prazo no mínimo 15 dias. Uma dúvida que a gente trouxe com base nessa contribuição da FENASAÚDE, como a operadora pretende avaliar com cautela, se a declaração de saúde foi devidamente preenchida? Por quê? Em que tese desse prazo aqui para essa avaliação de cautela que hoje, via de regra, não tem. Aliás, não tem no contrato individual, se o beneficiário faz o pagamento ou ele assina o contrato com aquela data, qual seria a medida que seria adotada daqui para frente com uma eventual alteração da norma, para que essa declaração de saúde pudesse e passe a

ser avaliada com cautela. Seguindo, a SINOG traz a seguinte contribuição, para possibilitar a operadora a executar todos os preparativos necessários para o correto atendimento ao beneficiário, tais como análise de eventuais DLPs, realização de perícia se necessário, prestação de informações ao beneficiário, emissão de carteira de atendimento, inclusão do beneficiário no sistema de atendimento da operadora e etc. Ou seja, o prazo seria para dar também um tratamento burocrático para ser mais simples para a operadora fazer essa inclusão do beneficiário nesses sistemas de controle da própria. Outra, agora saindo do assunto da questão do lapso temporal, foram feitas outras contribuições sobre esse assunto específico que é aprimorar a declaração de saúde. A FENASAÚDE traz as seguintes contribuições. A declaração de saúde deve conter perguntas simples e de fácil entendimento pelos consumidores, com linguagem leiga, mencionando inclusive a utilização de medicamentos. Importante frisar que hoje em dia a R162 não prevê essa possibilidade da utilização de medicamentos. Já a ABRAMGE, traz as seguintes contribuições, declarações de saúde devem conter questionamentos sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos, pois permitirão que a operadora possa: A, eleger com mais precisão quais pessoas deverão ou não realizar perícia ou algum exame específico aumentando a eficiência na identificação das doenças ou lesões pré-existentes, e B, reduzir os casos de omissão no preenchimento da declaração de saúde. Aqui também um item inédito que hoje não está contemplado na R162 que são os questionamentos sobre hábitos de vida, sintomas de uso medicamentos que já foram mencionados aqui na contribuição da FENASAÚDE. Outra contribuição que foi trazida, que não foi especificamente questionada na primeira reunião, mas que foi trazida pela FENASAÚDE, reconhecer a importância do papel de corretor no esclarecimento ao consumidor. Fina Saúde traz as seguintes contribuições, o corretor deve esclarecer o consumidor sobre a necessidade de prestar informações verídicas a operadora, sobre pena de este ter o seu contrato cancelado por fraude. Muitas vezes para “facilitar a venda” não há orientação ao correto preenchimento da declaração de saúde por parte do corretor. Por mais que as operadoras os instrua a tal. E aí uma dúvida que a ANS, o corpo técnico traz para a discussão já antecipadamente, quais as medidas necessárias para que o profissional de vendas possa esclarecer o consumidor sobre a necessidade de informar o seu real estado de saúde na declaração de saúde, até porque, foi trazido aqui que tem uma... Foi verificado aqui que tem um probleminha na venda que é a questão do volume. Então o que a gente poderia fazer para que essa necessidade de fazer a venda não se sobreponha ao mais importante, que é a prestação de informação real, verídica e fidedigna, e que o beneficiário saiba não só obviamente dos seus direitos, mas também dos seus deveres, se ele souber efetivamente que tem a doença ou lesão pré-existente que ele tem que informar na declaração de saúde e que o profissional de eventos o faça, diga o que ele tem que fazer, tem que prestar essa informação. E outra contribuição que foi trazida pela _____ saúde, outro assunto, é estabelecer a possibilidade da retificação da declaração de saúde, a saúde diz o seguinte, a retificação da declaração de saúde deve ocorrer a qualquer momento através de mecanismos que permitam o consentimento do consumidor, seja falado por escrito ou ainda por laudo médico, por muitas vezes utilizados pelo próprio consumidor, no intuito de comprovar o cumprimento de diretrizes previstas no manual de procedimento e eventos em saúde. Só voltando aqui rapidamente, aqui a FENASAÚDE

traz uma questão que a gente pergunta até com bastante frequência nos processos atuais de DLP que se houve ou não pedido de retificação da declaração de saúde, e aqui é trazido a possibilidade que haja essa, que o beneficiário possa, que a operadora e o beneficiário possam acertar, seja feito essa retificação numa eventual doença ou lesão pré-existente não declarada. E a última contribuição antes de passar aqui para a Cristiane, para os questionamentos, é outra contribuição que foi trazida, estabelecer a possibilidade de contagem do prazo de comprimento da cobertura parcial temporária, a partir do reconhecimento pela ANS, de que houve DLP não declarada. A FENASAÚDE fala o seguinte, essa seria uma alternativa de diminuir o número de processos, e a importação de CPT pelo prazo restante aos 24 meses de detecção da omissão, na forma como é hoje considerada, significa um forte incentivo a abertura de processo administrativo na agência. E aqui a gente traz uma dúvida que foi feita pelo corpo técnico que é o seguinte, como esta mudança pode diminuir o número de processo e se a contagem do prazo da CPT se iniciaria após o reconhecimento pela ANS, o que só pode ocorrer através da abertura de processo. Uma coisa importante para a gente trazer a baila, é que como foi demonstrado na primeira reunião da câmara técnica, o processo de DLP ele hoje tem um tempo até um pouco grande de análise, tem uma devolução muito grande na abertura e a gente tem um resultado de mérito, numa improcedência quase em torno dos 100%. Então seria importante discutir como essa alternativa poderia trazer impactos na diminuição dos processos de DLP. Ah não, perdão, ainda tem mais uma pergunta, eu já querendo passar... Outra contribuição, estabelecer que as negativas de cobertura sem abertura de processo são práticas abusivas. A Proteste faz as seguintes contribuições, o procedimento mais comum adotado pelas operadoras é a negativa de cobertura sobre o fundamento de carência pela existência de uma DLP supostamente não declarada. Havendo indícios de doença ou lesão pré-existente, as operadoras não devem negar cobertura de procedimentos solicitados pelo beneficiário, mais requerer abertura de processo administrativa da ANS, procedimento próprio para investigação de eventuais fraudes na declaração de saúde. Aqui um dado importante para trazer, é o seguinte, que hoje em dia o processo, na forma como ele está estipulado na RN 162, é o seguinte, a operadora, enquanto não o fim do processo ai com todos os recursos, eventual recurso para diretoria colegiada, ela não pode negar a cobertura ____ ou fazer a exclusão a suspensão do contrato. Então uma coisa que é sempre verificada e é questionada ao beneficiário no primeiro contato a ele, se houve qualquer negativa de cobertura, e o beneficiário tem a oportunidade na defesa que ele faz ou no eventual recurso, ele dizer "ah houve sim" e nesse caso sempre o processo, sempre essa informação é encaminhada lá para a diretoria de fiscalização para averiguação. Pessoal, esse é o estado das apresentações, volto a dizer, se não foi contemplado qualquer coisa, o espaço está aberto, tanto para aqueles que vão fazer apresentação agora daqui a pouco depois do coffee break, como na hora dos debates, e eu vou passar aqui para a Cristiane que vai trazer outras questões, porque a nossa intenção é que essas questões possam ser discutidas na parte do debate, depois das apresentações das entidades que se inscreveram, e também nas eventuais contribuições que vão ser feitas após a câmara, a gente vai divulgar o cronograma no final do dia, tá? Obrigado e vou passar aqui para a Cristiane.

P/Cristiane Arruda – Boa tarde a todos. Bem, trouxemos novos questionamentos hoje para vocês pensarem depois do coffee break no debate, o primeiro deles é sobre uma contribuição que nós recebemos de todas as representantes de operadoras que é sobre o lapso temporal, sugeriram a existência de um lapso temporal prévio a contratação, a vigência de contrato para verificação de DLP, para atualização no cadastro de um lapso de beneficiários, para a emissão de carteirinha e a pergunta que a gente traz é, qual seria o prazo razoável para a verificação desse lapso temporal, para a verificação das doenças do horizonte pré-existentes, para a atualização do cadastro de beneficiários e nós recebemos uma contribuição da FENASAÚDE sugerindo 15 dias para esse prazo, para esse lapso temporal prévio a vigência do contrato. A próxima pergunta é sobre o ato da contratação, considerando a necessidade de qualificação da entrada do consumidor no plano, o correto preenchimento orientar, no correto preenchimento da declaração de saúde, quem deveria orientar o consumidor nesse ato? Um profissional de saúde, um médico? O próprio profissional de vendas, um preposto da operadora designado para isso? Então qual é a pessoa mais adequada para orientar o consumidor no momento da contratação? Ainda sobre a contratação, considerando até que em uma das formas de qualificar a entrada do consumidor no plano, é orientar o consumidor no momento da contratação, não seria razoável deixar claro para esse consumidor modalidades de contratação de plano de saúde que ele está ingressando? Se ele está ingressando no plano como pessoa física ou aderindo um plano coletivo como pessoa jurídica né. Bem, as próximas perguntas são sobre a entrevista qualificada, a perícia, declaração da saúde. Também recebemos contribuições sobre o aprimoramento da declaração de saúde, sobre a solicitação de inclusão da utilização de medicamentos de costumes e hábitos de vida, previsão desses questionamentos em declaração de saúde. Então... Acho que não está indo. A previsão desses questionamentos né, atualmente vedada pela 162 de utilização de medicamentos, hábitos de vida e sintomas, ela pode auxiliar o consumidor no reconhecimento dele, da existência de uma doença? Pode auxiliar o consumidor a reconhecer que ele é portador de uma doença, porque ele tem ____ sintomas e usa medicamentos. A próxima pergunta também sobre declaração de saúde, foi solicitado que ela fosse aprimorada, tivesse termos de mais fácil entendimento para um consumidor, ela fosse simplificada, que ela trouxesse questionamento sobre medicamentos, então poderíamos pensar se ela deveria ser um documento padronizado pela ANS, ou quem sabe, seria viável para torna-la um documento de mais fácil entendimento pelo consumidor, ela deveria ser um documento padronizado pela ANS? Bom, as próximas perguntas são sobre entrevista qualificada, e a realização da perícia. Sobre a perícia, achamos conveniente perguntar se a realização da perícia ela é necessária para a identificação, para a verificação de doença ou lesão pré-existente, né? Considerando aí que a doença ou lesão pré-existente pelo conceito da RN162 é a existência, são as doenças ou lesões que o consumidor saiba ser portador ou contratação, e a perícia muitas vezes ela vai fazer ele identificar uma doença que ele não sabia que ele era portador, então por isso a pergunta, se ela é realmente necessária para realizar, para identificar a existência de doença ou lesão preexistente. Ainda sobre a realização de perícia e entrevista qualificada, uma pergunta que já foi colocada pelo Rafael que a gente tenha que ressaltar que é, o que ocorreria e o consumidor não concordasse em submeter a entrevista qualificada ou a perícia? Ele seria proibido de ingressar no plano? Essa

pergunta é extremamente relevante. Bem, e por último, nós já estamos em cima do horário do coffe break, é uma pergunta também feita em cima de uma contribuição que nós recebemos né, que realizada a entrevista qualificada e identificada pela operadora a necessidade de perícia, seria de um encilho que o consumidor pudesse realizar um exame solicitado pela operadora com um médico da sua confiança, quem arcaria com os custos da realização desse exame. São oito perguntas para vocês refletirem agora no debate depois do coffe break. Obrigada.

P/Rafael – Bem pessoal, vamos dar uma pausa agora para o coffe, daqui há 20 minutos a gente volta, e a gente volta com a ABRAMGE para fazer a apresentação, para dar seguimento à programação. Até já.