

Transcrito por: Rafael de Souza Alberto

Arquivo: segunda etapa

P/Rafael – Bem pessoal, voltando, a gente vai fazer uma pequena inversão da ordem das apresentações a pedido de acordo, a gente vai começar com a (SINOG), depois a gente volta a ordem anterior da (ABRAMGE) e da (FENASAÚDE) e por fim a gente fecha, a gente vai para a parte dos debates para abrir a contribuição de todo mundo. Então para não atrasar um pouco mais do que a gente já tá, sem mais delongas, eu passo a palavra aqui para o pessoal da (SINOG) ah, desculpa, por favor, antes de qualquer intervenção a gente para efeito da gravação, pede para falar o nome e a instituição que representa, por gentileza, obrigado.

P/Marcos – Bem, meu nome é Marcos, eu represento aqui hoje o SINOG e embora as operadoras odontológicas que são representadas hoje aqui pelo SINOG não intervenham direto com as relações das doenças e lesões pré-existentes, principalmente porque hoje o quadro de lesões pré-existentes tá muito voltado para questão de cirurgias, procedimentos de alta complexidade e uso de leito de alta tecnologia, o que em tese não se aplica na prática para as operadoras odontológicas é o sinal que teve a preocupação de estar observando uma boa oportunidade de estar discutindo esse leque de ingresso de beneficiário para outros campos. Não só a questão da DLP, mas outros pontos importantes impactam para as operadoras no momento do ingresso do beneficiário e é nesses pontos que a gente gostaria de falar um pouquinho hoje. Especificamente de três, três pontos que a gente listou assim como mais importantes nesse ingresso dos beneficiários nos planos de saúde. Seja individuais ou coletivos.

(intervenção feita fora do microfone)

P/Rafael – Deu um probleminha na apresentação, vamos ver se a gente consegue... Bem, Marcos, se você quiser você fica à vontade enquanto o pessoal vai tentando resolver...

P/Marcos – Acho que tá bem tranquilo, depois vai ficar bem tranquilo, vai dá para as pessoas se entenderem bem. Bem, o primeiro ponto que a gente queria ressaltar é a questão do lado temporal no ingresso dos beneficiários nos planos. Especialmente dos planos individuais. Hoje, como todos sabem, a norma expressamente presa que o ingresso do plano beneficiário em um plano individual familiar, ele se dá no momento da assinatura do contrato, dá assinatura da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade. Então um ponto importante que a gente resalta nesse aspecto, é que diferente dos planos coletivos em que é “oportunizado” essa vigência do beneficiário um pouco depois desde que não haja pagamento inicial a operadora, no caso dos planos individuais isso não é possível, ainda que não se faça o pagamento naquele primeiro

momento, se o beneficiário assinar a proposta de adesão que é um documento simples, demonstrando o seu interesse em ingressar no plano, ele já tem vigência imediata a partir daquele momento. Já começando a contagem dos planos de carência, enfim, todo o procedimento de atendimento. Então em função disso, esse é um dos principais focos que a gente observa como dificultadores nessa primeira relação da operadora com o beneficiário. Por vários aspectos, (falha no microfone) o tempo necessário para se operacionalizar o ingresso do beneficiário. Muitas operadoras, eu posso dizer a grande maioria delas, com os seus representantes, com o seu esforço de venda, que não é necessariamente vinculado diretamente à operadora, faz essa venda de várias operadoras, corretores de uma forma geral. Nesse aspecto, a operadora por diversos momentos ao receber aquela informação o beneficiário já está em vigência do plano. Seja porque ela recebeu aquela informação no mesmo dia, no dia seguinte, o beneficiário assinou a proposta, ele já teria direito ao atendimento. Então a operadora não tem tempo hábil para testar essas informações ao beneficiário, ela não tem tempo hábil para o ingresso do beneficiário no próprio sistema da operadora, ela não tem tempo hábil para gerar o cartão de atendimento, para apresentar toda documentação necessária, tudo aquilo que poderia estreitar esse relacionamento do beneficiário com a própria operadora, gerando uma melhor comunicação. O consumidor, a gente tem observado muito em demandas, patrocinadas junto aos beneficiários e operadoras, que uma das principais reclamações dos beneficiários é a falta de informação. Essa falta de informação muitas vezes é prejudicada por essa falta de tempo hábil para as operadoras se relacionarem propriamente dito com os seus beneficiários. Então esse lapso temporal geraria essa oportunidade de um melhor atendimento inicial das operadoras com os seus beneficiários. Além disso nós temos aqui a questão, como eu já havia falado, a questão da entrega das carteirinhas, da orientação, do melhor atendimento aos beneficiários nessa contratação e principalmente nós temos também a questão que a própria norma exige uma série de observâncias que a gente tem que atender nesse ingresso de beneficiários. É o caso da declaração de saúde, é caso da realização de perícia, se for dentro daquela situação, tudo isso tem que ser realizado por aquela operadora em um sistema muito recorde, num tempo muito exíguo, que não permite aquele melhor atendimento. E por vez acabam gerando esses processos mal fundamentados de DLP dentro de outras coisas, que acabam gerando esse resultado que nós temos hoje dos processos de DLP quase que totalmente julgados improcedentes. O sucesso em um processo de DLP hoje é muito baixo, muitas vezes em função da má qualidade de documentação que não foi oportunizada, porque não houve tempo hábil de melhor preparação. Então além disso, a própria norma se você observar também, existem alguns aspectos que geram uma certa dicotomia. Nós temos lá na RN 195, no seu artigo 24 e 25 a obrigação de entrega de alguns documentos que são obrigatórios no momento de adesão ao plano. O MPS e o GLC. Se você observar pela 195, o MPS e o GLC, você é obrigado a colocar no instrumento de adesão do beneficiário a informação quanto a entrega desses documentos ao beneficiário. Mas em contrapartida, a IN DIPRO 20, determina que o MPS a entregue antes da assinatura da proposta e o GLC é remetido junto com a carteirinha de identificação. Se o GLC é remetido junto com a carteirinha de identificação, como eu vou colocar essa informação que o beneficiário recebeu esse documento no meio da adesão. Então há uma certa dicotomia. É claro que a

gente justifica essa informação colocando que a informação que o GLC será enviado junto com a carteirinha. Mas se você pegar pela literalidade da informação, essa informação não seria correta. A obrigação seria de entrega do documento e não de remissão do documento a posteriori. Então o próprio regulamento traz algumas dúvidas e algumas dificuldades em relação a essa cumprimento dessa vigência imediata do beneficiário no plano. Então nós elencamos como uma das prioridades para essa melhor qualificação da entrada do beneficiário no plano de saúde, esse lapso temporal existente entre o momento que o beneficiário manifesta a intenção de se incluir no plano e o momento da sua efetiva inclusão. O momento da sua vigência neste plano. Um segundo passo importante que nós elencamos é a questão da desburocratização da adesão do beneficiário. Hoje nós temos pela regulamentação da ANS como um todo, pegando vários aspectos pontuais de várias normas, nós temos vários documentos que passaram a ser obrigatórios nessa adesão ao beneficiário. Nós temos o próprio MPS, nós temos o GLC, nós temos o guia de rede que não era obrigatório, mas agora, se o beneficiário solicitar eu sou obrigado a entregar um documento físico, nós temos a própria minuta contratual que tem que ser disponibilizada ao beneficiário e uma série de outros documentos. Então isso, nós temos uma vasta burocratização do momento da adesão né? Então a nossa proposta é uma desburocratização dessa adesão. Seja pela eliminação de documentos que são de eficácia reduzida ou obsoleta, se observarmos, por exemplo, o próprio manual, o próprio MPS e o GLC, hoje a sua aplicação prática é quase nenhuma, raríssimos são os beneficiários que realmente dão uma certa atenção aqueles documentos, a gente cumpre essa obrigação por ser uma obrigação formal exigida, mas ela tem uma eficácia muito reduzida, quem dirá talvez até inexistente. Então um sistema que vem sendo observado muito hoje é a questão do sistema eletrônico de troca de informações. A própria ANS vem cada vez mais implantando o desuso do papel, transformando a informação eletrônica como o seu foco principal. Há exemplos clássicos disso, o próprio (TISS?), o padrão de troca de beneficiários, hoje em dia o uso de papel no (TISS?) tá cada vez mais reduzido e o uso eletrônico tá cada vez mais ampliado. A própria NIP, que a troca era feita por e-mail, agora nós temos um espaço específico no site da ANS para essa troca de informações, enfim, a realidade do mundo hoje é a realidade virtual, é a realidade da troca de informações em tempo real, em tempo quase que imediato. Então isso também pode ser trazido para dentro do ingresso do beneficiário nos planos. Se a gente consegue eliminar alguns papéis, por exemplo, a proposta de adesão, passaram a ser efetivamente um documento virtual, não ser exigido um documento físico, assinado ao beneficiário propriamente dito, para abrir um processo de DLP, por exemplo. A declaração de saúde passar a ser um documento de forma instrumentalizada, mas porém virtual, de forma que o beneficiário possa prestar todas essas informações em tempo real, a qualquer tempo poder retificá-las se for o caso, prestar novas informações, enfim, transformar o processo em um processo dinâmico. Essa é a proposta que a gente tem e é uma das coisas que a gente mais observa. Que a burocracia, ou seja, o uso cada vez mais complexo de documentos no processo de adesão, dificulta muito também essa relação inicial do beneficiário com suas operadoras. O exemplo que eu mencionei do artigo 24, 25, da própria 195, e a sua dicotomia em relação a IN DIPRO 20. Né? Um terceiro elemento que a gente traz como crucial e importantíssimo nessa relação do beneficiário, nesse ingresso do beneficiário no

plano, e que tem muito a ver com a reportagem que foi mencionada no início aqui foi objeto do Fantástico. É a questão da elegibilidade dos beneficiários. Especialmente nos planos coletivos né? Hoje a regulamentação de saúde, ela atribui toda a elegibilidade do beneficiário, exclusivamente a operadora do plano de saúde. Então cabe a operadora exigir novamente uma série de documentos, de comprovações de que aquele beneficiário de fato é elegível para ingresso naquele determinado plano coletivo contratado por aquela determinada pessoa jurídica. Então uma das observações que a gente vem tendo, especialmente em planos coletivos e empresariais, a gente pegar, por exemplo, uma grande empresa, a Vale, como exemplo a Vale, se eu pegar a Vale para poder ter a administração daqueles beneficiários e a movimentação cadastral daqueles beneficiários, a Vale nunca vai me mandar uma proposta de adesão para cada um daqueles beneficiários. E eu não vou ter condições nenhuma de cobrar da Vale a cópia da carteira de trabalho de todos os empregados para atestar que aqueles empregados são de fato empregados da Vale ou não. Você vai presumidamente e até em função dos próprios princípios contratuais que regem o direito brasileiro, você vai presumir que aquela informação que tá sendo enviada pra você que eu tenho 1.000 empregados e aquelas 1.000 pessoas são de fato empregados, é verdadeira. A própria pessoa jurídica ___ aquela informação. Logo você tem uma informação prestada pela sua contratante de que aqueles beneficiários são de fato empregados, portanto elegíveis ao plano. Infelizmente nem sempre é assim que acontece. Nós temos observado vários casos em que apesar da pessoa jurídica prestar efetivamente a informação de que aqueles beneficiários tem com elas um vínculo empregatício, de fato aqueles beneficiários não tem. E muitas vezes a operadora sozinha é penalizada e responsabilizada por aquela informação. Então essa é uma das nossas propostas, de que a responsabilidade pela elegibilidade do beneficiário, ela tem sim que ser da operadora? Sim, ela tem. Mas quando essa elegibilidade, quando esse ingresso de beneficiário é resultante da informação prestada pelo próprio beneficiário ou pela própria pessoa jurídica contratante que tá ali representando aquele beneficiário, que essa responsabilidade seja de fato dividida com esses agentes. De que forma? De que a operadora pudesse oportunizar, a partir do momento que ela identifica que foi induzida a erro por uma informação equivocada ou fraudulenta, que ela possa excluir aquele beneficiário que não tem elegibilidade, tomando as medidas necessárias perante a pessoa jurídica contratante em relação aquela informação fraudulenta e que ela não seja penalizada nessa situação. Então esses três pontos, pontos principais que a gente veio observar, que podem contribuir significativamente com a qualidade dos beneficiários, independente da simples lesão pré-existente. Que também é um foco importantíssimo, mas que muitas vezes não abrange o escopo completo dessa qualificação de beneficiários, por exemplo, nas operadoras de odontologia, como é o caso das operadoras representadas aqui hoje pelo (SINOG) ok? Eu acho que é isso, obrigado.

P/Rafael – Obrigado, a gente agradece a contribuição, a apresentação, agora vamos passar para a próxima entidade que é a ABRAMGE, só lembrando pessoal o seguinte, que depois da apresentação da ABRAMGE a gente abre espaço para debate e vocês ficam à vontade seguindo aquela lógica de fazer a inscrição e falar sempre o nome e a entidade que representa. Tá bom? Virgínia, por favor, já está aí, obrigado.

P/Virgínia – Bom, Virgínia representando a ABRAMGE, vou ver só se eu consigo aqui abrir a apresentação... Agora tá certinho. Bom, boa tarde a todos, o início da apresentação eu vou passar um pouco rápido, porque é muito semelhante ao que o Marcos acabou de mencionar a respeito das odontologias. A gente também entende que o início da relação com o beneficiário, ela deve ser melhorada independente do tema específico, doença e lesão pré-existente. Então você tem uma câmara técnica de qualificação da entrada do beneficiário, que a gente deveria um pouquinho mais o escopo para analisar toda essa situação de como que envolve o início da relação com o beneficiário, porque começando bem uma relação, a chance de a gente ter êxito em um contrato que a gente sabe que não é de seis meses nem um ano, que tende a durar por quase toda a vida, ela deve se iniciar bem. Então a gente tem que ter uma preocupação um pouquinho maior com esse primeiro contato com o beneficiário, pois é assim que ele vai começar a lidar com a operadora. Então para isso, a gente entende que tem que ter esse primeiro lapso temporal que foi salientado pela FENASAÚDE na apresentação que a ___ fez, a gente também fez esse mesmo pleito, para que a gente tenha um tempo razoável para fazer essa operacionalização, ou seja, propiciar não só por conta da questão das doenças ou lesões pré-existentes, mas que a gente consiga ter toda a relação com o beneficiário já customizada, porque na agenda, por exemplo, se eu for hoje pela norma em que no momento em que o beneficiário assina um plano individual, é o primeiro contato dele pela IN 23 que já dá direito ao plano. Seja assinatura da proposta de adesão, assinatura do contrato ou o primeiro pagamento. O que ocorrer primeiro já começa a vigência, então o beneficiário ainda está lá com, por exemplo, a documentação dele toda com o corretor, a operadora nem sabe que ele é beneficiário dela, passa-se 24 horas e ele já precisa de um atendimento de urgência e emergência. A operadora não tem como garantir aquele atendimento, não tá na base de dados dela, não tá no sistema, ela não sabe qual plano que ele aderiu para saber qual hospital que vai redirecioná-lo, então naquele primeiro momento ele já fica com uma imagem ruim da operadora como se ela tivesse negando um procedimento, sendo que ela não tem a capacidade operacional para garantir o atendimento. Então justamente para propiciar essa boa relação entre as partes, é que do momento em que o beneficiário informa que ele deseja aderir ao plano, até isso efetivamente virar o início de vigência contratual que tenha um certo lapso. E isso vai melhorar o que o Marcos também apresentou sobre as incompatibilidades normativas que a gente tem hoje. Então, por exemplo, se eu leio pela RN 162, a instituição da carta de orientação do beneficiário, ela fala que ela tem que ser inclusive vinculado ao contrato naquele primeiro momento. E que ela já faz referência a entrega do formulário de declaração da saúde. Então eu estou... Automaticamente, o formulário de declaração de saúde, se eu for literalmente olhar pelo que está na RN 162, ele pode ser preenchido na frente do corretor. Mas a própria 162 fala que o beneficiário pode ser assistido por um médico, então não seria naquele momento. Então existe até dificuldade da gente de entender exatamente o momento de preenchimento de cada documento para propiciar esse início de vigência mais tranquilo. E aí, inespecificamente para a situação de formulário de uma (ininteligível) pré-existente, a gente pleiteia que haja hoje uma modificação na 162 com relação ao que conter nesse formulário de declaração de saúde, para aí, como já tinha sido mencionado, propiciar questionamentos sobre hábitos de vida,

sintomas ou uso de medicamentos. O porquê dessa ampliação, a operadora não quer vedar o ingresso do beneficiário, ou ao contrário, todas as operadoras querem mais aumentar o volume da sua carteira, então não existe esse lado contra o beneficiário. Só que a gente não pode também por outro lado, propiciar que a pessoa ingresso no outro plano no momento que ela precisa utilizar, porque se não eu to fazendo com que eu faça uma seleção de risco com justamente o que não deveria ocorrer. Ou seja, o meu interesse para entrar no plano de saúde não deveria estar atrelado a uma necessidade imediata de utilização. Então se eu for realizar como operadora uma perícia, um exame em toda a minha carteira para propiciar o ingresso, isso vai ter um custo muito alto e não necessário uma efetividade naquilo que é o fim, que é justamente elencar quem precisa ter uma aplicação de cobertura parcial temporária para doenças e lesões pré-existentes. Então se eu faço um questionamento sobre hábitos de vida, sintomas, eu posso selecionar aí sim qual é o público em que eu vou efetivamente avançar com perícias e exames para eu não ter que fazer isso em toda a carteira. Então até respondendo uma das perguntas que foi feita no primeiro painel, não seria um público alvo no sentido de nós só vamos fazer quem é idoso ou direcionar para algum público. Mas é no sentido de eu poder dentro daquela, aí cada operadora vai fazer dentro da sua fórmula, dentro daquilo que eu identifiquei no formulário, poder direcionar quem é que vai ter outros exames ou passar por uma perícia para ser realizado já que eu não tenho condições de fazer isso com toda a minha carteira. E aí com isso eu aumento a eficiência na identificação das doenças e lesões pré-existentes. Porque hoje, como eu tenho essa diferença entre o beneficiário preenche na frente do corretor e naquela informação, depois a operadora já tem que dar o início do atendimento, nem sempre há uma análise criteriosa do formulário de declaração de saúde nesse primeiro momento. Ele já tá tendo cobertura. E acho que até por isso hoje a gente tem um numero tão grande de processo administrativo na ANS em que eles são indeferidos, porque a operadora não deu o tratamento a informação naquele primeiro ato, ela já ta garantindo a cobertura. Então só quando o beneficiário pleiteia um determinado procedimento é que ela vai verificar se efetivamente ele tem ou não doença pré-existente com relação a isso. Então um exemplo que foi questionado sobre a doença, as doenças de redução de estômago, a operadora coloca às vezes no formulário de declaração de saúde a pergunta sobre peso e altura, mas fica só por isso. Em nenhum momento ela pegou pra fazer o cálculo do índice de massa corporal e ver que, por exemplo, se tá acima de 35 e ele tiver com mais alguma outra doença aí sim teria aplicação de cobertura parcial temporária. Se ele não tivesse, só a informação do peso e altura geral, um índice de massa corporal acima de 35, não quer dizer nada, ele não tem obesidade mórbida que o propiciaria fazer. Então esse tratamento na informação, ele somente é dado no momento em que o beneficiário pleiteia o procedimento e não no ato da entrega. Então até nisso a gente conseguiria melhorar essa relação que existe hoje. Com isso também a gente teria uma maior qualidade na documentação da abertura dos processos junto a ANS, porque hoje a gente tem muito pouca informação para prestar para a ANS dizendo que aquele beneficiário tinha conhecimento da doença ou lesão, porque eu não posso hoje perguntar para ele sobre hábitos de vida, uso de medicamentos... Agora a partir do momento que eu tenho essa informação e ela comprova, por exemplo, no caso do uso de medicamentos, que ele tinha ciência de uma doença pré-existente. Se ele já usava medicamento para

determinada doença, então isso aumenta também a possibilidade de ele não fraudar o preenchimento do formulário. E aí então por isso, redução dos casos omissos no preenchimento da declaração de saúde. Com relação aos tratamentos hoje, dado aos processos que versem sobre doenças e lesão pré-existentes. A gente tem a preocupação por causa da impossibilidade negativa de cobertura sem o posicionamento da ANS. E aí hoje a gente tem dois problemas, a operadora é obrigada a continuar garantindo a cobertura enquanto a ANS não analisa e esse processo de análise é muito demorado. Por outro lado, se o beneficiário em algum momento ele já realizou o procedimento, ele já percebeu que pode ocorrer alguma situação com ele, inclusive a operadora vai poder cobrar dele esse procedimento, ele pede a exclusão do plano. A partir do momento que ele pede exclusão do plano, a ANS não analisa mais aquele processo. Então hoje a operadora fica. Ela garante o procedimento e ela não tem nem como reaver. A pergunta é: A ANS é obrigada a produzir provas só para a operadora depois cobrar desse beneficiário judicialmente? Não, não é essa a situação, é que o processo hoje, como ele é muito demorado e ele tem esse viés de que se beneficiário é excluído, a ANS não mais analisa aquele processo administrativo, isso propicia com que ele não preste corretamente a declaração, porque ele vai ter o atendimento sem nenhuma consequência. Então é aprimorar não para criar ferramentas, mas para a gente não ter o lado de que é mais fácil omitir a informação, porque ela não vai ter consequência nenhuma para o beneficiário. Então nisso seria esse segundo pleito de revisão da estrutura do processo, em especial quanto ao seu arquivamento, para que ele haja uma continuidade independente do beneficiário ter solicitado ou não sua exclusão ao plano. E aí também hoje foi apresentado na primeira reunião que existe um número muito grande de arquivamento de processo sem resolução no mérito e o que a gente pleiteia é que nesse processo administrativo a operadora seja previamente intimada a manifestar antes do arquivamento. Porque às vezes é mais fácil ela complementar uma informação do que depois entrar com um novo processo já que ele tem um lapso temporal maior. E isso a gente teria uma redução de tempo e de custo desse trâmite processual. Ainda para os questionamentos que foram apresentados, o primeiro foi: Se deve haver diferenciação no ingresso beneficiário no plano individual coletivo de até 30 vidas. E aí aqui eu peço até uma retificação pela forma que ___ a apresentação de hoje mais cedo, que é o posicionamento da ABRAMGE, é que não havia diferenciação. Na verdade essa frase tem que ser complementada, a ABRAMGE não sabe se tem diferenciação, o que ela questiona é que a gente não sabe qual estudo foi feito para a RN 195 fazer diferenciação em planos coletivos com mais ou menos de 30 beneficiários. Porque 30 e antes a CONSU era 50, não 100, 200, 500, então é nesse sentido. A gente não sabe essa diferenciação. Agora por outro lado, eu ousou tentar argumentar aquele quadro que foi apresentado, porque quê 10% dos beneficiários de plano individual tem doença e lesão pré-existente formada no CIB e plano coletivo por adesão tem 6? Se seria um cenário semelhante. Porque quando você tem uma massa muito grande de plano coletivo e que voe vai aderir a uma operadora, é muito comum a negociação isentar todo mundo de doença e lesão pré-existente. Porque você tá migrando a carteira de uma operadora para a outra. Então nessa migração, não justifica você fazer uma análise individualizada de cada beneficiário, porque o ___ é tão grande, que não haveria necessidade de fazer. Agora no individual não, o beneficiário cada um entra, então

sempre vai ter a análise do preenchimento do formulário de declaração de saúde. Já em uma contratação coletiva o que se faz é: Vem todo ___ sem aplicação da cobertura parcial temporária. E depois para as novas adesões é que se aplica, então acho que por isso que existe essa diferença e não porque a massa seja diferente. A mesma coisa quando coloca lá o coletivo empresarial quando o volume é tão pequeno, porque o coletivo empresarial também vem o ___ e depois mesmo se tiver mais de 30, aquela pessoa que não aderiu em menos de 30 dias da contratação dele como empregado ou da adesão do plano, também só para essa pessoa que vai ser aplicada a regra e não para todo mundo. Então, se deve haver diferenciação, a nossa resposta é justamente por não saber que estudo foi feito para ter esse limite de 30 é que se propõe que possa ter para qualquer contrato a restrição, então não seria para menos de 30 ou mais de 30. Qualquer contrato deveria ter essa possibilidade e as negociações contratuais como hoje já ocorrem no coletivo empresarial nessa migração de operadoras, elas dependeriam de uma relação comercial e não por determinação legal, porque o artigo 11 da Lei 9656 permite para qualquer contrato esse tipo de restrição. Com relação a segunda pergunta, como a administradora de benefícios pode colaborar para a qualificação do ingresso de beneficiários no plano? A gente entende que deveria ter uma regulamentação da DIPRO sobre qual papel que a administradora de benefícios pode fazer nesse primeiro contato com o beneficiário que não vede, o que ela pode ou não fazer pelo artigo terceiro da RN 196 no sentido de que ela não pode ser representante mandatária de uma operadora de plano de saúde. Então se a obrigação for definida, que a operadora que pode aplicar CPT, como que seria transferir isso para uma administradora sem que ela tivesse agindo como mandatária de uma operadora? Então a forma disso concretizar para responder essa pergunta dependeria primeiro de uma regulamentação do que seria considerado, uma forma de atuação da administradora sem os impedimentos do artigo 3º da RN 196. Que ações podem ser adotadas para identificar as doenças e lesões que o consumidor saiba ser portador no ato da contratação. E aí vem o questionamento sobre orientação, perícia, se pode ocorrer. A nossa proposta é que realmente a orientação a ser dada do beneficiário, ela não deveria ficar restrita ao papel do corretor. O corretor tem um papel fundamental nesse processo, ele que vai fazer o primeiro contato com o beneficiário, mas ela não pode ser exclusiva do corretor. Então por isso que a gente requer esse lapso temporal, porque tendo um lapso temporal a própria operadora tem como entrar em contato para verificar qual é realmente as aplicações de CPT, se vai precisar de perícia, ou algum exame. E a questão que foi também questionada agora mais cedo sobre a impossibilidade da negativa de realização de perícia pelo beneficiário. O artigo 14 da Lei 9656, ele fala que ninguém pode ser impedido de ingressar no plano em razão de idade, doença e lesão pré-existente. Por outro lado, o artigo 11 fala do direito às operadoras de restringir o atendimento no caso de uma doença ou lesão pré-existente para até 24 meses. Então para eu compatibilizar essas duas regras, e se eu posso, se a legislação propicia a realização de perícia ou algum exame para verificar se o beneficiário tem ou não uma doença pré-existente, eu tenho direito de exigir isso dele pra saber se a regra... Então eu não to impedindo o acesso dele ao plano porque ele tem uma doença pré-existente, eu só preciso saber se ele tem para aplicar as regras corretas do plano. Mas ele vai ingressar no plano da mesma forma, então se ele se recusa, ele não está me propiciando a entrega da documentação necessária para ele ingressar ao plano. Então

essa recusa do beneficiário em realizar uma perícia, ela deveria ser considerada então que ele não cumpriu todos os requisitos necessários para o ingresso no plano. Então um exemplo, hoje a legislação exige da gente que um plano individual, mesmo que seja um recém-nascido, eu tenho que apresentar um CPF. Se chega um recém-nascido e pede para aderir ao plano e eu falo: Olha, o senhor tem que apresentar um CPF senão não pode entrar no plano na condição de titular o recém-nascido em plano individual. Ele fala: Não, eu quero... Ele não pode ir lá na ANS e reclamar. Ele é que não entregou a documentação necessária para ingressar no plano. Então a realização da perícia seria a mesma situação, são os pré-requisitos de ingresso ao plano. Se ele não preenche esses pré-requisitos, então ele não tem o direito de entrar no plano. Então nesse sentido é que a gente entende que se o beneficiário se nega a realizar uma perícia, poderia a operadora recusar o seu ingresso ao plano. E isso não feriria o artigo 14 da Lei 9656. Por outro lado a gente entende que deve ter, né, necessitamos discutir aqui quais seriam essas regras mais claras, quais são os âmbitos de realização de uma perícia, o que quê a gente poderia ou não, até avançar. Principalmente porque nem todos os procedimentos eu vou conseguir, todas as doenças, eu vou conseguir identificar em uma perícia. Então se isso não é possível, eu não poderia restringir também que só porque agora, vamos supor, indo pelo lado de ser 15 dias, se a operadora tiver esses 15 dias entre a data que o beneficiário preencheu a proposta de adesão para aí sim iniciar a vigência do contrato, não poderia se encerrar só nesses 15 dias a análise de doença e lesão pré-existente. Porque é uma fraude do beneficiário e não necessariamente vai ser analisada uma perícia. A perícia é para minimizar e a gente garantir uma melhor relação, mais clara e transparente, mas ela não é definitiva. Existem várias formas de você esconder uma doença, mesmo fazendo uma série de exames e procedimentos. Então eu preciso de ter ainda mesmo constatado isso, a continuidade dessa permissão que hoje a legislação nos dá, de em 24 meses eu poder constatar uma doença e lesão pré-existente. Quanto a que coberturas devem ser suspensas durante a aplicação da CPT, a gente entende que pela lei eu posso ter suspensão de cobertura a todos os problemas vinculados aquela doença e lesão pré-existente. Então hoje a legislação nos dá isso. Pela RN 162, eu só posso suspender durante esses 24 meses, os de leitos de alta tecnologia, procedimentos de alta complexidade e cirurgia. Então entre todo o que a legislação dá e hoje essa restrição, é até possível de rediscutir algumas questões, como, por exemplo, consultas e exames simples, ok, às vezes não é isso que vai impactar mesmo esse beneficiário tendo uma doença pré-existente, mas também limitar exclusivamente a cirurgias, os leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, não atende a todos os fins da legislação. Um exemplo, se você tem um problema psiquiátrico, você vai ser internado, você não vai fazer cirurgia, você não vai usar leitos de alta tecnologia e nem é um procedimento de alta complexidade, mas eu não tenho como restringir porque a internação não entrou em nenhum dos três requisitos e é uma doença pré-existente. Então como tratar esses casos? Seria dando então 24 meses para todos os casos e não só esses três itens. Qual é o impacto assumido pela operadora com relação a cirurgia bariátrica? Eu já até mencionei, acredito que a cirurgia bariátrica esteja aqui justamente porque deve ser a maior incidência de abertura de processos administrativos na ANS, e justifica justamente para esse fato de que é comum a operadora solicitar a informação de peso e altura, mas não analisar se

efetivamente ali se trata de um caso de obesidade mórbida. E aí quando o beneficiário pleiteia é que ela vai analisar, e como um dos documentos que é necessário é a tentativa de emagrecimento por dois anos, fica claro que então ele já sabia e já tinha conhecimento, porque se não como que ele vai apresentar essa declaração? Então em tese, toda cirurgia de obesidade mórbida, se tem esses 24 meses para provar, ela sempre seria uma doença pré-existente. Qual seria o prazo razoável para se identificar uma eventual fraude por parte do beneficiário? A gente entende essa questão de manter sim os 24 meses, justamente porque ela é diferente desses 15 dias iniciais que a gente tá pleiteando, agora de qualquer forma, foi perguntando qual a vantagem de se colocar, __ doença ou lesão pré-existente no 23º mês? Se mudar, como foi apresentada a proposta da FENASAÚDE, de que ele vai ter a restrição do atendimento uma vez constatada por mais 24 meses, isso seria suficiente para ele se preocupar que teria sim uma consequência, porque hoje é muito fácil fraudar essa declaração, porque ela gera muito poucas consequências para o beneficiário. Agora se ele souber, uma vez que é concluído aquele processo, ele poderá ser excluído por fraude. Ou então a operadora vai aplicar nele novos 24 meses, fica mais difícil dele pensar em não cumprir o que está escrito na legislação e declarar verdadeiramente suas doenças pré-existentes. Que documentos podem comprovar que o beneficiário sabia ser portador da doença ou lesão, essa aqui acho que eu até antecipei, por mais que a gente faça exames, perícias, ainda sim não é suficiente. Então se não é suficiente, eu não posso restringir quais são esses documentos a esse lapso que nós estamos pleiteando de 15 dias. Depende do caso concreto e por isso a manutenção dos 24 meses para analisar. E aí por fim foram respondidas as perguntas, mas tem outros dois assuntos que a gente entende que está vinculado, um é a necessidade de revisão dos critérios para as doenças e lesões pré-existentes, porque por mais que a gente saiba que gravidez não é doença, acaba que hoje é muito comum a pessoa descobrir que está grávida e justamente por esse estado, ela ingressar no plano. E aí como você tem que dar cobertura, principalmente de alto custo de UTI neonatal quando acontece alguma questão com o recém-nascido, isso é algo que hoje é bastante impactante para o plano de saúde. Então já que existe essa previsão do artigo 11, se a gente não poderia aqui discutir algum critério com relação a carência ou como vincular o atendimento que seria dado as pacientes que já ingressam grávidas no plano de saúde. E justamente por todos esses custos que a gente tá mencionando de perícia, de realização de como que vai efetivar, existe hoje um parecer que foi dado pela DIPRO e ele é bastante usado em processos administrativos na diretriz de fiscalização, a respeito de não poder cobrar taxa de adesão, a operadora não poder cobrar taxa de adesão do beneficiário. Só administradoras de benefícios poder cobrar taxa de adesão do beneficiário. E a justificativa dada nessa nota pela DIPRO, é que todo custo da assistência a saúde já está definida na nota técnica, então, portanto na mensalidade não deveria ter essa taxa. A gente discorda desse posicionamento que a própria lei 9656 fala que você não pode cobrar taxas na renovação do contrato, então não tem nada que impede e se eu preciso ter todo esse custo, que ele é apenas inicial, ele por si só já justifica a existência de uma taxa de adesão que depois eu não vou cobrar no restante da vigência desse contrato. Então seria isso.

P/Rafael – Obrigado Virgínia. Vamos passar agora para a FENASAÚDE, Sandro você que vai apresentar? Por favor, vai dá sim... Sandro, por favor, a palavra é sua.

P/Sandro – Sandro Leal da FENASAÚDE. Boa tarde a todos, vou ser rápido Dona Cândida, pode deixar, vou ser bem rápido. Nós também. Vamos bater não, debater. A gente queria, ao invés de ficar passando pergunta a pergunta, item a item, voltar um pouquinho que a gente acha, entende como fundamentais para todo esse processo que a gente deve se ater a pelo menos esses dois objetivos aqui. Redução de assimetrias de informação, que eu acho que todo mundo aqui é favorável. É um problema nesse mercado que a gente tem que tentar a todo custo resolver. E também diminuição dos processos de DLP. Com isso aqui em pano de fundo, a gente não pode esquecer que a gente tá discutindo um sistema que é privado, embora ofereça um serviço de utilidade pública, ou um bem meritório, enfim, mas ele é financiado basicamente por mensalidades dos consumidores que são pagas pelas empresas e pelos beneficiários individualmente. A dinâmica desse mercado, ela nos deixa clara a questão da assimetria da informação. Aqui basicamente a gente tá falando, foi comentando aqui do início ao fim, um problema gerado da assimetria de informação, que é o problema da seleção adversa. Quer dizer, o regulador já definiu que a operadora não pode fazer qualquer tipo de discriminação ou barrar entrada, baseado nem idade, nem condição de estado de saúde, certo? Então ela já permitiu, ela já definiu que todo processo de entrada das operadoras não pode ter esse tipo de restrição. Por outro lado, os economistas conhecem bem isso daqui, se uma operadora cobrar um preço médio para todo mundo e relaxar, vamos dizer assim, for negligenciar que existem diferenças no estado de saúde das pessoas e fizer por acaso um preço médio para todo mundo, a tendência natural que vai acontecer nesse mercado é que somente aquelas pessoas que precisam utilizar o plano vão aderir. E fazendo isso, o preço do plano de saúde só vai subir. Por isso é preciso que se tenha um equilíbrio. Não se pode fazer um preço médio e negligenciar todas essas questões baseadas em risco, porque o próprio mercado não funciona assim. Então não existiria plano de saúde caso existisse essa questão da seleção adversa. Portanto é natural que as empresas e operadoras busquem informações sobre os riscos que ela está aceitando. É natural do processo e na dinâmica do mercado e é bom que a ___ deu problema aqui.

P/Rafael – Vamos tentar corrigir.

P/Sandro – Eu queria trazer primeiro essa questão da fundamentação econômica, quer dizer, a gente tem que ter muito cuidado com essa, com a força dessa regulamentação, semana passada até a gente teve com o pessoal da Europa, que estão, eles estão enfrentando muitos problemas similares com a legislação anti-discriminação E já houve relatos, inclusive de operadoras de plano de saúde, por exemplo, Portugal, deixarem... Saírem da área de saúde porque a regulamentação nessa questão de precificação de risco inibiu essas empresas de fazerem basicamente a gestão dos seus riscos como faz uma operadora de plano de saúde. Do ponto de vista jurídico, eu não vou comentar aqui, não é a minha especialidade, nem fluxo ideal também, mas eu tenho a minha apresentação aqui. Basicamente o que a gente traz aqui é o seguinte, a gente não pode perder então o objetivo de sustentabilidade econômica desse mercado, acho que é saudável para todos

aqui e do ponto de vista jurídico, a questão da boa fé objetiva, a boa fé objetiva, os advogados sabem aqui muito melhor do que eu, ele têm que estar presente em todas as relações desse mercado, inclusive na relação do corretor na hora da venda do seu plano de saúde. Não é por outra razão que nós, eu não sei se agora congelou, mas então eu já vou falar basicamente dessa questão aqui, antes de entrar nas propostas, espero que nas propostas a gente consiga voltar aí os slides, se não eu leio aqui, não tem problema não. Senhores... É, já está lá nas propostas e é bem rápido em respeito a Dona Cândida, eu vou ser mais rápido ainda, e em respeito... (intervenção feita fora do microfone) Não, não, estamos alinhados, inclusive uma das nossas percepções aqui, que muitos desses problemas decorrem não de má fé do beneficiário, mas da ausência de um sistema de informação que permita que ele, que crie os incentivos adequados para que ele forneça toda informação que é exigida ali. (intervenção feita fora do microfone) é, deixa eu tentar voltar... Aqui deu problema mesmo. Bom, tudo bem, vamos seguir adiante pessoal, porque a gente também gostaria de trazer aqui, uma preocupação lá da federação, que a gente tem insistido bastante nisso, é que a gente supere na melhor maneira possível, essa questão da informação, para consumidor e para corretor. E para todos aqueles que usam plano de saúde. Então nós fizemos lá um hot site da FENASAÚDE, todo dia então tem lá conteúdo diário falando sobre contrato, como é que é o contrato, importância de DLP, importância de como utilizar o plano de saúde, todo dia tem uma atualização, isso aqui é só pra gente... Eu não entendo isso como marketing, mas enfim, é uma tentativa da federação de a todo instante ficar suprindo esse setor de informação. Então temos lá no facebook, boletins, etc, temos aqui lançado o guia do consumidor, também queria entregar primeiro para a Dona Cândida... Combinado! Ele está disponível, a gente pode baixar na internet. Ele tem uma série de informações importantes para o uso do plano de saúde, a contratação, aqui também pessoal, a gente fez junto com as nossas parceiras outras federações, o que a gente chama de pontos chaves, o que quê é isso aqui, é um guia, um passo a passo que ajuda o consumidor a conhecer o produto que está contratando. E essa assimetria de informação não existe só no plano de saúde, outros seguros existem também, então isso aqui, o que ele tem... Mais ou menos o que a ANS já e que a gente reforce aqui na hora da venda. O consumidor leia especificamente esses pontos aqui que são os pontos que a gente entende que são mais importante. Passando aqui então pessoal para a proposta da FENASAÚDE, de todo esse início aí. Bom, como o Rafael já passou aqui, a gente defende uma revisão da declaração de saúde. Torná-la mais simples com linguagens mais claras, a ABRAMGE também já defendeu isso aqui, a gente apóia, eventualmente utilizar perguntas, enfim... A gente tá aqui para discussão, uma câmara técnica é exatamente pra gente discutir isso aqui e ver a viabilidade tanto técnica quanto médica, quanto legal, normativa, pra gente poder na medida do possível identificar com a maior precisão possível essas doenças e lesões pré-existentes para evitar todo esse problema decorrente da informação omissa ou uma informação que não tenha sido prestada com a clareza necessária. Outra proposta que a gente tem é que se dê esse prazo aqui de 15 dias para evitar, acho que a Virgínia também comentou isso aqui, evitar aquele comportamento anti-seletivo e oportunista, de você já chegar, fazer o contrato e já praticamente na porta do hospital, já utilizar o plano de saúde. Isso é muito ruim pra quem vende plano de saúde, porque você fica completamente sem informação de quem que

you are contracting. Then 15 days in our opinion would be the appropriate time to verify at least the information in the health declaration, after which we will answer Rafael, with more precision to the questions you asked, even though we didn't have the 15 days, we didn't have either what to bring here, but let's go... We committed to think, finally, about operationalization and all these questions here. The possibility of regularization of the health declaration is also, eventually, to consider this question of degradation of the telephone connection as a matter of fact, even for a question of parity with what is already used in the scope of MIP, ANS already considers this type of proof, this is also one... And here I will have to go through my papers here. Well, here it was basically a flow that we identified that, first identification of DLP not declared by the operator, followed by the administrative process in ANS, followed by the recognition of the DLP not declared by ANS, and from that moment on that would start for the CPT with a term of 24 months. With this, we ended our participation and I wanted to register also that at the beginning, I think that Doctor Barroca put the term of... Term of sales, we would like to participate in this proposal that seems very interesting. So it was fast, right?

P/Rafael – Sandro obrigado, desculpa pelos problemas na apresentação, é só para esclarecer... Foi aquilo que a gente já tinha colocado na nossa apresentação, a proposta final da FENASAÚDE que não... Infelizmente não conseguiu abrir, seria que a CPT passaria a vigorar os 24 meses né, a partir da conclusão do processo. Não é exatamente isso? Exatamente. Então... Bem pessoal, só antes de abrir para os debates que a Dona Cândida está aguardando ansiosamente, (risos) vamos lá. Uma coisa que chamou atenção, a gente tinha visto nas apresentações, foi basicamente uma questão que foi trazida com bastante frequência, foi a questão do lapso temporal que a FENASAÚDE chegou a colocar até os 15 dias, mas seria um prazo burocrático para que seja feita essa viabilização. A operadora coloca as informações no sistema interno dela, outras situações que foram colocadas, principalmente pela SINOG, da questão da elegibilidade do beneficiário, a gente entende que é uma situação extremamente complicada, esse caso que foi trazido, só que o que ocorre é o seguinte, até para firmar o escopo aqui, isso não significa que a agência tá não querendo fazer essa discussão, mas o nosso escopo de elegibilidade é um escopo que tá mais restrito a RN 195, então é claro que a gente até quer discutir isso, que nem o Sandro falou da questão do termo e uma forma de a gente tentar mitigar essa questão da elegibilidade, às vezes vem a listinha para colocar, é justamente o beneficiário poder assinar e dizer qual é efetivamente a vinculação dele no contrato. É claro que a gente tá atendendo a essa questão da burocracia, realmente tentar otimizar o número de documentos que são entregues no ato da contratação, no entanto, essa é uma questão que perpassa uma análise mais complicada, porque tanto essa quanto a questão da carência dos 30, e já falando da questão dos 30, porque foram 30, na RN 195 foi feito um estudo técnico pela agência, na época no advento da RN 195, a RN 195 é sempre bom dizer que foi uma norma construída por um grupo entre as diretorias na época da agência e isso foi levado ao colegiado tanto que na CONSU que foi revogada, se eu não me engano 14, não sei o número correto, ela tinha uma previsão de 50. Como foi feito esse estudo que depois também foi o piloto do estudo que foi feito em 2011 né Felipe,

2012 da RN 309 que é do pulo de risco, que também traz um número de 30 beneficiários para a estipulação dos contratos que entram na questão do (ininteligível) então o número de 30 beneficiários é porque até o número 30, a massa não é suficiente para garantir uma tanto no pulo de risco, uma negociação, vamos dizer, com substâncias junto a operadora, e a carência também é razoável para que o beneficiário, a operadora cobre a carência do beneficiário, porque aquele contrato embora coletivo, ele não tem características que a carência assim de razoável, como é no individual. Então essas aqui foram as questões colocadas. Outra questão colocada foi a questão da perícia, eu acho que esse é um assunto extremamente relevante pra gente discutir aqui, porque uma coisa que a Virgínia falou, quais seriam os limites dessa perícia para ver em que ponto, até onde a operadora pode pedir do beneficiário, quais são os exames que ele vai fazer e só duas dúvidas que eu fiquei, em relação a grávida, na realidade a proposta seria que a gente já tem essa carência que tá na lei, seria pensar em incluir a grávida no âmbito da 162...

P/Voz não identificada – Hoje a gente não pode colocar que o recém-nascido, ele tenha, por exemplo, ele tenha uma doença pré-existente. Então a grávida, vamos supor, se ela já está grávida, ela sabe, ela entra com... Aí ela descobre que tem uma gravidez de risco e ela entra no plano. E aí o recém-nascido automaticamente passa a ter direito a assistência pelos 30 dias, independente da situação da mãe. Então seria, por exemplo, eu considerar isso como uma doença preexistente se ela ainda estava cumprindo carência. Porque ela entrou no plano ciente de que ela estava com uma gravidez de risco. Hoje não pode, hoje a ANS faria exatamente o contrário. Você tem que garantir o atendimento.

P/Rafael – Não, só para deixar claro o caso, porque a súmula 25 é a súmula que prevê o parto, ela é bem complexa, tem várias hipóteses, é só para equalizar. E outra dúvida que eu fiquei sobre essa taxa de adesão, especificamente é o que? Uma nota?

P/Voz não identificada – É uma nota.

P/Rafael – O Felipe tem um esclarecimento aqui pra fazer de qual foi o objeto.

P/Felipe – Não, é exatamente isso, é só o critério de você cobrar ou não uma taxa...

P/Voz não identificada – A taxa de adesão.

P/Felipe – Porque é algo que foi dado, que isso tem que estar dentro da mensalidade e não uma taxa...

P/Voz não identificada – A nossa justificativa é exatamente essa, que tem uma taxa, mas essa taxa é só no momento inicial mesmo, ela justifica não estar sempre na mensalidade do plano. E é algo comum que várias operadoras continuam praticando, porque está previsto em uma nota essa vedação e não normatizada.

P/Rafael – Na verdade, se eu não me engano Felipe, acho que até a ___ perguntou se era possível cobrar né, foi um caso a parte e acabou, enfim. Isso a gente pode até rever, porque como é uma nota, às vezes a pergunta que é feita, foi uma pergunta de forma objetiva e tem os casos ___ que são totalmente diferentes do caso que foi levantado. Outra

coisa que me chamou atenção foi na apresentação da FENASAÚDE que também foi levantado pelas duas outras entidades, que é a questão da DS, da Declaração de Saúde sobre os hábitos de vida e os medicamentos. Essa é uma discussão também, da mesma forma como os limites da perícia é importante, porque hoje tem, tá na norma que não pode. Mas seria razoável reformular, rever esse entendimento? Então é importante trazer a baila isso. Dito isso eu queria abrir os debates, só peço a gentileza de quem for fazer o questionamento, por favor, fale antes o nome, entidade, o microfone tá ali... Marcelo, você pode repetir, por favor?

P/Marcelo – Marcelo (Benati?) UNIMED paulistana, obrigado. Eu só queria deixar bem claro, eu já conversei com vocês, o que é perícia, e o que é entrevista qualificada, porque toda hora tem essa dicotomia e um fala uma coisa, outro fala outra, o que é perícia e o que é entrevista qualificada? Outra coisa, declaração de saúde tem que ser feita sempre. É bom para o beneficiário, é bom para o plano de saúde, é bom para a agência nacional de saúde. É bom para todo mundo. Outra coisa, a carta de orientação ao beneficiário ela é magna para nós, para todos nós, todos os atores, ela tá sendo desvalorizada. Ela tá lá, tá tudo bem explicadinho. Eu tenho várias perguntas, eu fiz 10 perguntas aqui, mas eu não vou fazê-las. Porque eu vou deixar para os outros falarem também. Outra coisa, eu to muito mais além, o aviso de recebimento do usuário, eu mando o aviso de recebimento, o porteiro que assina, um familiar que assina, depois a gente vai oferecer uma denúncia para a ANS. Ela vai ser aceita se um porteiro assinou, se um familiar assinou? E se, mesmo que tenha essa situação e o beneficiário ele me comunicou por e-mail uma situação e ele faz uma manipulação da questão da doença ou lesão pré-existente, a ANS, eu posso oferecer a denúncia? Entendeu? Outra questão é... Eu acho que devia diminuir o número de documentos que a RN solicita para que a gente possa oferecer a denúncia. Eu tenho situações que o beneficiário, apesar de ele não, a gente... Não vir o retorno do AR, a gente libera o procedimento como reza a resolução normativa. Mas o beneficiário não faz o procedimento, ou seja, ele sabia que ele tinha um problema de saúde. O beneficiário não é bonzinho, ele tá entrando no plano para usar alguma coisa. Então eu gostaria de colocar essas questões, tinha outras questões, mas eu vou deixar para os outros falarem, tá? E em sumo é isso. Perícia é entrevista qualificada? Isso precisa ficar bem claro pra nós, entendeu? E a carta de orientação ao beneficiário tem que ser mais valorizada. Outra coisa, eu já falei para o Rafael, eu estou dando aula para os corretores com base na resolução normativa 162, tá sendo muito gratificante, o corretor não sabe o que é carta de orientação ao beneficiário, o corretor não sabe o que é declaração de saúde, e é ele ou a gente que vende o plano de saúde para o beneficiário. Isso precisa ser colocado, tem que ter uma cartilha. Outra coisa do IMC, tem que se colocar... Se o cara colocou lá 60kg, na verdade ele tem 160kg, é uma fraude. E infelizmente, nesses casos não é, a gente não pode oferecer a denúncia. Gente, obrigado.

P/Rafael – Obrigado Marcelo, quem é o próximo?

P/Patrícia – Eu. Preciso ir a frente, pode ser daqui mesmo? Bem, Patrícia, eu sou da ANS, coordenadora de fiscalização técnico e assistencial e fiz algumas anotações e queria favorecer aqui nesse momento de debate até que levem essas questões também para

pensar e discutir nas suas representadas. Bem, em relação ao CIB, e a informação de cobertura né, de cumprimento de CPT, é importante que as operadoras caprichem mais nessa informação com a ANS, porque o que a gente verifica na fiscalização, que muitas vezes os beneficiários estão em cumprimento de CPT, tiveram procedimentos negados sob alegação de CPT, segundo suas operadoras, e está informação não está traduzida no CIB. Aparece lá no campo cobertura parcial temporária, não. Então é preciso que essa informação seja melhor informada a ANS. Outra questão que a gente já identifica hoje é que atualmente muitas operadoras utilizam a entrevista qualificada como se perícia fosse o que não é. Entrevista qualificada hoje é um direito do beneficiário e não é uma obrigação para o beneficiário. Algumas operadoras impõe que o beneficiário, alguns, a gente já encontrou casos como idosos e obesos que precisam fazer entrevista qualificada em locais específicos, cidades gigantescas como Rio de Janeiro só com dois endereços para a realização de entrevista qualificada e demoravam de dois a três meses. Então já que a gente tá discutindo essa questão de entrevista qualificada, essa questão da perícia e de tempos considerados adequados, hoje, já na prática feito pela legislação atual de forma errada, a gente tá falando do hoje e não do que a gente tá discutindo para o amanhã, que leva o beneficiário a aguardar dois a três meses para uma entrevista qualificada que não é uma obrigação, é um direito. Na declaração de saúde, apesar da vedação existente hoje, encontramos várias operadoras utilizando de outros formulários com nomes diversos de declaração de saúde, fazendo as perguntas vedadas hoje. E não somente sobre sintomas, medicamentos e hábitos de vida, mas também sobre hereditariedade. Também encontramos perguntas desse tipo que apesar de não estar constando na 162, já encontramos perguntas desse tipo. E realmente nesse mercado não há santos, se não há beneficiários santos, também há grandes problemas com operadoras, porque nós encontramos nexos causais sofríveis, então na verdade eu fico até um pouco temerosa quando há uma proposta de se imputar a cada verificação, mais 24 meses, porque realmente isso pode ser um ciclo sem fim, nunca mais teríamos o fim das doenças e lesões pré-existentes na vida de um beneficiário, porque é uma prática muito corriqueira, a pessoa ter uma declaração de saúde toda negada, toda negativada e aí a operadora no primeiro pedido de autorização de algum procedimento que possa vir a ser doença e lesão pré-existente negar. E nem sempre seguir os ritos que se deve seguir. E os nexos causais, quando a gente encontra, tem alguns que são sofríveis realmente. Então se há má fé de beneficiários, também nós encontramos muita má fé por parte de operadoras. Tem exemplos aqui que seriam visíveis se eu desse. E não somente de PACS, procedimentos de alta complexidade, mas hoje nós encontramos também a CPT para procedimentos de baixa complexidade. Fisioterapias, várias, entendeu? E eu não estou falando de pequenas operadoras, posso falar tranquilamente, porque nós fiscalizamos as maiores operadoras do país. Então, isso eu falo com muita tranquilidade, então a gente tem que ter muito cuidado, refletir bem sobre essas questões, porque isso que eu falei acontece na prática. Pode não acontecer na operadora que vocês representam, mas é uma verdade desse mercado, então a gente tem que ter muita atenção de como a gente vai caminhar.

P/Rafael – Obrigado Patrícia.

P/Gilson – Posso falar?

P/Rafael – Por favor.

P/Gilson – Gilson Lima, UNIMED do Brasil. Eu queria fazer umas observações que eu acho pertinente, na realidade a agência, a função principal dela é diminuir a simetria de informações e distorções de mercado. E eu acho que é isso que nós estamos discutindo aqui. Quando as informações não fluem com clareza é que geram esse problema. Nesse sentido, não tem o cliente, o usuário, o beneficiário, a obrigação de saber o nome de seu diagnóstico. Se eu perguntar uma pessoa que tem pouca instrução, se ele tem uma doença pulmonar obstrutiva ____, ele vai me dizer que não. Mas se eu perguntar pra ele se ele fuma, ele diz que fuma, se ele tosse, ele diz que tosse, se ele acorda com falta de ar por vezes a noite você diz que acorda com falta de ar por vezes a noite. Então ele sabe ser portador de uma doença, mas não sabe o nome. Mas como eu não posso perguntar quais são os seus sintomas, eu não posso da mesma maneira definir se ele tem cobertura parcial temporária ou não, quer dizer, é inevitável isso daí, quanto a hábito de vida, se ele fez uma opção por um hábito de vida de fumar, de beber, de se alimentar de forma inadequada, ele deve arcar com a sua opção e não deixar que os outros que também contribuem, que são corredores, que tem bons hábitos de vida, paguem mais caro por ele. Não é justo, então ele tem que declarar isso daí sim para que ele possa sofrer uma cobertura parcial temporária. É lógico. Finalmente, eu quero falar uma coisa aqui sobre perícia, eu me formei em 1975, vou fazer 40 anos como médico perito, fui professor de medicina legal, atuei em vara criminal, vara de família, vara civil, fala trabalhista. Se você não tem uma perícia, ela começa com a história também chamada comemorativa. Depois vai para o exame físico, depois discussão, conclusão e resposta aos quesitos. Se você não tem a liberdade de fazer perguntas, colher a história, fica muito difícil fazer uma perícia. Então como fazer uma perícia de forma indiscriminada se o cliente sabe ser portador de um nódulo de mama, mas eu pergunto pra ele: Você tem alguma coisa? Não. Mas você não tem nada? Não. E ele tem um nódulo de mama e sabe ser portador. Bom, eu vou pedir para a senhora tirar a roupa, que eu quero apalpar o peito dela. Não, a perícia tem que ser feita em determinados aspectos, não pode ser indiscriminada e isso eu acho que é uma coisa que vai determinar uma clareza muito maior a esse sistema. A perícia pressupõe a isenção. A perícia não pode ser feita por um médico de minha confiança. Não, ela pode ser feita por um terceiro médico. Se eu indico a Doutora Virgínia pra fazer e a Dona Cândida tem problema com a Doutora Virgínia, tudo bem, vamos então indicar um terceiro que seja de confiança dos dois. Mas a perícia não pode ser feita por um médico de confiança do paciente. Ora, falta esse médico a isenção de ser perito. Que é uma condição... Então eu queria trazer aqui essas contribuições para que a gente pense e medite um pouco mais.

P/Dona Cândida – Muito bem. Tinha que voltar os antigos aqui para a sociedade.

P/Rafael – Dona Cândida...

P/Dona Cândida – É rapidinho, porque eu já estou me sentindo bem contemplada, isso que ele falou, eu estava aqui me lembrando como eu entrei para a escola normal, o

instituto educação em 1964. Que a gente ao fazer a prova para ser professora primária, você tinha perícia, um médico perito te olhava, eu até fico olhando as professoras agora tem cobra no pescoço, tatuado, um jacaré e na minha época você não podia ter tatuagem no corpo, fazia exame completo para poder ser admitida na escola normal para ser professora primária e funcionária pública. E graças a Deus a minha é integral, porque eu briguei muito na outra perícia para não me aposentar por invalidez. Mas eu acho que a perícia é uma coisa que foi ao longo do tempo banalizando e não... Porque a gente fala aqui de plano de saúde, vocês nem fazem ideia do que é a perícia do INSS. Que é também outro terror. Não é feito o que deveria ser feito para isso ocorrer. Eu acho isso muito importante e eu tive na reunião nacional com todo mundo opinando e que as pessoas, aí eu digo que eu defendo... Não tem, pode existir um mau caráter, porque não basta... Aliás hoje eu to vendo tanta gente mau caráter, até minha síndica que eu pensei que era uma boa moça, agora na última reunião do condomínio, ela roubou o dinheiro todo, comprou até televisão nova por causa da copa para botar no condomínio, botou a nova na casa dela e botou a dela para botar no condomínio. E eu não imaginava que ela tivesse coragem de fazer isso, mas hoje em dia tá assim. Aí eu acho que a gente defende e muitos usuários falaram assim, poxa, eu gostaria de ter uma perícia pra dizer. Por isso que eu não entendo como a Doutora ali falou, a Virgínia né, falou assim: Pode sim esconder uma doença e que não aparece exame nenhum. Eu tava louca para saber que exame é esse, que se faz e que não aparece doença nenhuma. Porque eu fujo dos médicos para ele não achar doença nenhuma, porque eu não quero morrer. Então eu não quero achar nada em mim. E aí eu acho que, como é que pode se esconder uma doença? Eu acho isso... Eu queria aprender, porque eu acho muito difícil se esconder a doença, agora concordo com o que o Doutor falou, o nosso povo é analfabeto. Você sabe o que é analfabeto? Nós estamos no quarto mundo. Eu pensava que eles iam... A educação fosse ser prioridade como presidente de operário, mas mostrou que é outra coisa. Então a gente não tem educação pra nada, então o cara não sabe mesmo nada. Tem gente que... O cara no outro dia apareceu na associação e ele dizia assim: Mas menino... É, eu fiquei perdendo sangue anos e anos, aí depois não teve... O SUS não estava com aparelho e não sei o que, quer dizer, quando for operar, o tumor já pegou intestino, pegou fígado, pegou tudo. Então esse é o nosso perfil de população. Então eu acho que... E todos eles falaram o seguinte: Achei até bonito, teve um que falou do seguro de carro. Quando a gente faz o seguro de carro não tem que levar lá o carro para os caras olharem tudo e dizerem o valor? É um seguro de saúde, é um seguro. Você tá comprando seguro. E concordo com você, nosso povo, eu fiquei até boba, todo esse encanto, não briga muito não, porque se acabar plano nós estamos roubados no país. E eu falei: Não, a gente também tem que... Já que não pode ser um SUS, cadê o outro médico foi embora, que a gente queria no país um SUS que englobava tudo e a rede privada como complementar, que era isso que era o sonho em 88. Era a rede privada ser complementar a um SUS do país inteiro. Não ocorreu isso e tá surgindo os planos, eu acho que a gente tem que ter cuidado para não surgir com planos picaretas. Porque é isso que existe muito por aí. As pessoas não sabem, é tudo difícil, eu tava até falando de um que eu atendi hoje, que ele é da ___ sei lá, do Banco do Brasil. O dele é reembolso e aí o reembolso não vai pagar o preço da bolsa. Eu falei: Então filho, você tem que ficar lá no SUS ganhando a sua bolsa.

Porque eles não estão dando nem a quantidade que está na regulamentação. Então por isso que a gente defende essa questão de um esclarecimento, concordo que tem que ser, não pode ter tanto documento se tem tanta internet, agora acho que nós temos que dar valor a uma entrevista qualificada, não pode ser esses corretores malucos só para ganhar a porcentagem, também não concordo, alguns planos aí, que tem uma amiga, não vou falar o nome dela, coitadinha, mas ela é de empresa, ela tem mais um ano do que eu, tem 67, paga 400 e eu que tenho 66, pago 1.500. então um fica pagando... O individual é que tá pagando. Todo mundo individual como eu, sozinha no plano, tá pagando por aquele outro de empresa que paga só 400, 300 reais e tem 80 anos. Pô, vai ter as mesmas coisas que eu, vai ter os mesmos babados. Então eu acho que alguma coisa tem que ter. Por isso que ninguém tá querendo vender mais plano individual. Porque é caro e parece que a ANS só regulamenta de aumentar preço nos individuais. Nos coletivos ela nem se mete no preço. E aí também é um erro da ANS, porque tem que defender os individuais que ficam caro a cada ano. É 6,8, 9,8. Eu recebo carnezinho até o mês anterior da minha data de mudar o... Eles nem mandam o carnê todo, mandar só até o mês anterior. Então isso tem que ser estudado. A igualdade mais ou menos, uma igualdade de preços para não cair o mercado e garantir que a gente tenha coragem de dizer a doença que tem, porque tem doença, tem médico aí que bate cabeça para descobrir aquela doença. E aí o cara já é do plano a muito tempo e vai ser penalizado por que? Não falou que tinha aquela doença se ele nem sabia... Tem médico errando para diagnóstico de celíaco adoidado. Então eu acho que tem que ter essa defesa e posso dizer que tem apoio dos usuários. A gente não tá se negando em fazer exame, não tá se negando de fazer o peso, porque lá no ____ ele pede o peso, no plano dele, ele pesa todo mundo. Porque lá nos Estados Unidos o problema é obesidade, então todo mundo pesou. Eu tenho um filho que mora lá e neto, todo mundo teve que tirar o peso lá para constar no plano de saúde. Então é essa a nossa humilde contribuição a esse debate.

P/Rafael – Ok, obrigado Dona Cândida.

P/Gilson – Rafael, só uma coisa, desculpa Virgínia, eu esqueci de falar, só para complementar.

P/Rafael – Dona Cândida, você já falou várias vezes o nome da ABRASO, então tá gravado na minha gravação. Termina que eu vou...

P/Gilson – Deixa eu só terminar rapidinho. Já existe uma jurisprudência em relação a negativa de perícia, é a presunção de culpa. Se eu me nego a utilizar o bafômetro ali embaixo, significa que se presume que eu esteja bêbado. E eu já sou punido por isso. Então se o cliente se nega a fazer perícia, nós temos que partir do pressuposto da presunção de culpa. É porque ele tem uma coisa que ele está omitindo que ele não contou a verdade.

P/Rafael – Só um minutinho Virgínia. Eu já to vendo aqui, a Virgínia quer falar, depois o Alex, depois a Luciana, só para eu falar aqui, dar um breve resumo do pessoal que falou, eu acho que a discussão da perícia é bastante importante e sobre principalmente sobre a

questão do limite, dois, sobre a questão da obrigatoriedade o que acontece com o beneficiário quando ele não quer fazer ou se recusa a fazer perícia. Agora, por outro lado é interessante também a fala da Patrícia, porque o que acaba acontecendo é o seguinte, é importante discutir o lapso, é, mas é importante também discutir como que a gente vai fazer em uma eventual declaração de saúde ou em uma coisa que foi trazida pela paulistana, pela entrevista qualificada, se o beneficiário vai ter que se deslocar ao local, como esse deslocamento, qual é o prazo para isso, qual é a facilidade, quais os horários disponibilizados para que ele vá até a sede ou consultório ou qualquer que seja, para fazer a entrevista qualificada ou a perícia. Isso é importantíssimo justamente para evitar que tem um lapso grande, que demora, que tem a dificuldade. Obviamente que a gente sabe que as diferenças regionais do país, ou até de locomoção, não dá para você estimar de forma fechada qual será o prazo, mas é importante trazer sua baila até na questão do prazo de 15 dias. E essa discussão dos hábitos de vida da questão do uso de medicamentos é uma coisa importante de a gente estar anotando aqui, as contribuições, para que efetivamente a gente possa verificar como a gente pode melhorar a declaração. Virginia, Alex, Luciana e a senhora. Virgínia, por favor.

P/Virgínia – Primeiro só para esclarecer para a senhora Cândida a questão referente a perícia. Eu vou dar um exemplo simples, porque eu não sou médica, mas que fica para todo mundo compreender. Se eu tenho hipertensão e tomo remédio controlado e vou fazer uma perícia, não vai aparecer nessa perícia que eu tenho hipertensão. Pois na hora que ele medir a minha pressão vai dar normal, 11 por 7, 12 por 8. Só que eu paro de tomar o medicamento, eu efetivamente tenho, então eu tenho formas de mascarar em uma perícia a minha doença. Então é nesse sentido. Se eu não quero falar em uma perícia que eu tenho hipertensão e eu tomo remédio antes de realizar. Eu vou passar pela perícia, não vai constatar que eu tenho hipertensão, mas foi porque eu quis esconder aquela doença. E eu acho que ficou claro para todo mundo hoje é que geralmente o consumidor, ele é levado a erro, não é que ele quer fraudar. Então esse lapso temporal vai fazer com que a gente tenha uma relação muito mais transparente. Agora isso vai resolver todos os problemas? Não, eu ainda vou ter o caso daquela pessoa que quer fraudar, então justamente para essa exceção que é onde veio o artigo 11 da lei, quer dizer, se hoje a ANS tem um processo administrativo que é chamado de fraude por DLP pressupõe-se que é quem está culpado. Então para evitar esse processo administrativo de fraude por DLP é que não poderia ficar restrito só quem realizou perícia nesses 15 dias e aí sim a operadora ter esses 24 meses para argumentar. Então seria isso.

P/Rafael – Alex, por favor.

P/Alex – Eu sou o Alex, sou especialista em regulação da equipe da _____. Na verdade eu gostaria só de levantar uma questão mais para reflexão, porque me parece que é importante lembrar o próprio conceito de doença e lesão pré-existente da Lei 9656. Até em razão desse conceito que eu trago essa questão. Me parece importante saber qual é o procedimento a ser adotado pelo mercado para distinguir o caso do beneficiário que sabe que tem uma doença e eventualmente não declarou, daquele beneficiário que tem uma doença e não sabe. São situações diferentes. Isso é necessário ter claramente esse

procedimento, essa caracterização, para que se tenha um correto entendimento. Porque o beneficiário que tem uma doença e não sabe, ele não tem DLP. O beneficiário que sabe que tem uma doença, ele tem uma DLP. Então assim, qualquer que seja o procedimento, é fundamental que seja apto a distinguir essas duas situações.

P/Rafael – Luciana, por favor.

P/Luciana – Obrigada, Luciana Silveira, Associação Nacional das Administradoras de Benefícios. Eu acho que todos já falaram um pouco de pedaços importantes, vou tentar talvez complementar uma coisa ou outra, mas talvez eu seja repetitiva, porque muito já foi falado do que eu penso também, inclusive essa questão da ciência, Alex né, que eu vou falando e é verdade. Na verdade a gente tem que tomar muito cuidado com os conceitos que são estabelecidos nas normas, para que não haja nenhum tipo de equívoco na hora de traçar aquilo que for definido aqui. Eu acho assim, que a gente tem que partir de pontos um pouco maiores. Esse grupo aqui, é importante a gente entrar no detalhamento, mas eu acho que a ANS, ela não deveria regular o detalhe. Isso também tem que ficar um pouco a critério das empresas, mas sem definir alguns parâmetros. O importante é facilitar a entrada, e eu acho que o que foi colocado aqui pelo nosso colega do SINOG é importantíssimo, hoje se você for para os Estados Unidos, você consegue comprar um plano de saúde pela internet, quer dizer, de maneira segura. E aí esses mecanismos de segurança, esses parâmetros de segurança para o consumidor que devem ser estabelecidos na regulação. Concordo que esse esforço inicial deve ser feito no início, e aí, desculpa, se a gente ficar toda hora voltando e deixar até os 24, vai ficar um ciclo vicioso, eu acho que tem que ter um lapso inicial sim para que a operadora possa se organizar, porque se não ela realmente não consegue se organizar para isso, isso prejudica não só a operadora, como também o consumidor, então deve ter um início bem feito para que não haja um problema futuro. Então esse início bem feito deve ter um lapso temporal para que se organize, a agência estabelecendo alguns parâmetros básicos para garantir a segurança do beneficiário, e aí deixar a critério do mercado a forma que ele vai fazer, a forma que vai vender, de que forma... Isso fica a critério do mercado, acho eu, isso não prejudica. É só a questão do beneficiário que deve estar preservada. Então essa questão da desburocratização revê se realmente todas essas solicitações são necessárias, se isso tá agregando algum valor sim, melhorar alguns pontos, essa questão de utilização de recursos tecnológicos, que essa situação atual hoje, então a gente não pode fugir disso para facilitar a venda, facilitar a vida do consumidor, facilitar o acesso dele e eu acho que a questão da boa fé objetiva também é importante, quer dizer, não só nos planos individuais como nos planos coletivos, eu concordo também com o que foi falado. Que se uma entidade, uma empresa, ela estabelece algumas regras e ela garante que aquele beneficiário faz parte da sua empresa ou do seu sindicato, enfim, tem que ser respeitado essa questão da boa fé objetiva. Então se isso não aconteceu, não é a operadora, não é a administradora que vai ser culpada daquilo ali pela ANS. Existem outras formas de se resolver essa questão. Até porque existe um contrato que é um ato jurídico perfeito, existe toda uma relação estabelecida e que tem que garantir que as informações sejam legítimas, enfim. Então essa contribuição da ANAB.

P/Graça – Boa tarde gente, sou a Doutora Graça da UNIMED RIO. É, eu já faço entrevista médica a mais de dez anos, então eu acho que tá havendo uma coisa meio confusa acerca de conceitos, então era isso que eu queria falar um minutinho com vocês. É, já existe uma normatização da agência nacional de saúde, muito clara sobre entrevista médica qualificada e perícia médica. São duas coisas totalmente diferentes e que já estão normatizadas a muito tempo pela agência nacional de saúde. A entrevista médica qualificada, você não pode colocar a mão no paciente, você tem que fazer exclusivamente perguntas para orientá-lo no preenchimento da declaração. O que quê a entrevista médica qualificada me permite? Se eu descobrir posteriormente que ele me fraudou, que eu chame ele novamente e pergunte a ele: Escuta, o senhor tinha conhecimento dessa patologia? Tinha. Então o senhor pode fazer uma re-ratificação da sua declaração de saúde. O tempo vai ser contado não 24 meses a mais gente, é com o tempo que ele já tinha. Então se eu descobrir que ele me fraudou com 1 ano, quanto tempo é de CPT? 2 anos. Quanto tempo ele tem a cumprir? 1 ano. Isso já está claro há muitos anos. Outra coisa é perícia médica, qual é a diferença de uma para a outra? Se eu fizer perícia e descobrir que posteriormente ele me fraudou, eu não posso convocá-lo. Então quando eu faço perícia, eu só tenho uma bala na agulha, gente. Eu, naquele momento eu tenho que levar horas com ele, examinando, pedindo exames. O que eu descobrir naquele momento, eu posso aplicar como CPT. O que eu não descobrir, eu não posso alegar daqui a um ano, porque ele me fraudou. Eu tive aquela chance. Então são duas coisas que estão perfeitamente normatizadas pela ANS e nós estamos aqui discutindo. Então primeira coisa, nós temos que ter bem clara a diferença de uma para a outra, ok, só tem aquele momento para aplicar CPT. Não tem depois. Outras, a minha só faz entrevista médica. O meu médico tem que ser auditor, tem que conhecer de legislação para falar para ele: Olha, o senhor pode fraudar, é claro, mas o senhor está sujeito a isso, isso e isso. Ok, eu vou perguntando uma a uma, o que ele tem conhecimento. O senhor tem conhecimento há quanto tempo? Porque se ele não tem conhecimento, Doutora, eu tenho posse... O senhor sabe por que quê tem posse? Não, não sei. Eu posso aplicar como doença pré-existente não, isso é sintomas. Eu tenho dor no joelho, eu posso aplicar como doença pré-existente? Não, isso é sintoma. Então a gente tem que ter muito claro como é que é a regra que já está estabelecida pela ANS. Então sintoma não pode ser aplicada. Quem tem que fazer entrevista médica ou perícia é médico. Isso é uma função do fim da operadora de saúde. Não é da administradora nem do que vende. Então gente, o que quê eu acho que a administradora ou o corretor tem que fazer? Orientar aquele que ele tá vendendo, o senhor está sujeito a ser convocado por uma entrevista médica ou por uma perícia. E isso eles têm que fazer. Estão fazendo? Não. Eu posso dizer pra vocês, 40% eu convoco e não comparece. E eu tenho que botar para dentro com 140kg e 1,70, porque ele tem lá o campo para peso e altura. Tem a pergunta obesidade e ele responde não. A partir do momento que ele colocou o não, apesar de ter 170kg, eu não posso aplicar CPT. Então quando ele daí a seis meses vai pedir a cirurgia bariátrica, que ele pede a cirurgia bariátrica que ele pede a cirurgia bariátrica com 6 meses e 1 dia. Ele fraudou, eu não apliquei CPT. Porque ele falou não a pergunta, porque o item 2 é: Você tem alguma doença endocrinológica? Tais como diabetes, problema da tireóide, obesidade, tá lá claro, obesidade, ele tem 170kg, ele fala não. Tem o IMC de 50. Eu posso aplicar CPT? Não.

Quando ele pede daí a seis meses e um dia a cirurgia, eu chamo ele para fazer a entrevista, isso a ANS me faculta a muito tempo. Desde que a lei foi criada me faculta, que eu chame ele, ele fraudou. Como eu não fiz perícia, eu fiz entrevista, eu posso chamá-lo. Aí eu chamo, senhor, o senhor é obeso há quanto tempo? Doutora Graça, eu me tornei obeso há dois meses. Eu falei: É, quer dizer que o senhor entrou com 70kg, tem 6 meses, o senhor está com 170kg, e o senhor me afirma que ficou obeso há 2 meses. É Doutora Graça, eu fiquei obeso há 2 meses. Gente, eu não sei quantos aqui são médicos, o protocolo para cirurgia bariátrica, diz que ele tem que ser obeso há no mínimo dois anos. Logo, todo obeso para ter a sua cirurgia liberada tem que ter pelo menos dois anos de contrato. Isso é muito claro, mas eu não pude aplicar CPT. Se eu não pude, o que eu tenho que fazer? Eu libero. Todas as cirurgias bariátricas que me pedem com 6 meses e 1 dia. Porque o beneficiário não está comparecendo a entrevista médica. Eu entro na ANS, quantas eu ganho? Muito poucas. Então gente, a gente tem que ter essa diferença de conceito para ficar claro. O co-reitor, quando passa para o beneficiário, ele só fala de carência. Olha só, a carência para cirurgia bariátrica, 6 meses. Opa, com 6 meses e 1 dia tá todo mundo pronto para pedir a cirurgia bariátrica. E eu não pude aplicar CPT. Então gente, vocês desculpem eu ter me estendido, mas é por trabalhar nisso, eu achei importante a gente fazer isso aí. A normativa tá pronta há muito tempo, eu não posso recontar. Eu descobri, eu fiz entrevista médica, eu vou dar, quanto tempo falta? 6 meses. Quanto tempo você vai poder fazer? 1 ano e 6 meses. Se ele concordar em fazer uma nova declaração. Aí eu posso negar se ele falar: Doutora, eu não acho que eu seja obeso, eu sou fofinho. Fofinho não tem aí, logo eu não vou colocar. Eu tenho que liberar a cirurgia. Então eu acho que o que a gente precisa é ter administradora, corretor, seja lá quem for, falando: Olha só, é parte da necessidade para que seja implantado para aqueles que foram convocados, é claro que não dá para convocar, é o que ela falou, todo um mundo de pessoas para fazer entrevista. Mas aquele que tem IMC de 50, eu vou convocar. Ele não comparece, porque o corretor fala pra ele: Não vai. Porque se você for, você vai ser prejudicado, então ele não vai. Isso é que tá muito complicado. Então eu acho que a função fim da administradora de benefícios não é fazer entrevista médica, não é fazer perícia, isso é função sim da operadora que médicos para fazer isso aí. A normatização tá muito bem feita há muito tempo pela ANS. Não tem que discutir isso aí, porque para nós que trabalhamos com isso aí, já está muito claro. Isso é uma coisa, então que a administradora também tenha participação na coisa. Porque nos passa o beneficiário e nós ficamos com o problema na mão sem poder aplicar CPT. Então isso aí é uma coisa. A normatização já existe, uma outra coisa que eu acho que ajudaria a gente, porque infelizmente a obesidade hoje é um problema sério no nosso país. E é o que ele falou, é um dos maiores números de doença e lesão pré-existente. E é o que eu to falando para vocês, nós não aplicamos CPT se ele colocar não. Nós não podemos colocar, porque a normatização é dessa maneira. Então eu acho que uma coisa que ajudaria, seria além de colocar o peso e altura, melhorando a declaração de saúde, colocar IMC e um quadrinho. Se o IMC for acima de 30, é obesidade gente. Em qualquer lugar do mundo. Então com isso o corretor já não poderia dizer para ele: Olha só, o senhor tem 170kg, mas coloca não na obesidade, porque estaria lá muito claro pelo menos isso. É claro, resolveríamos todos os problemas? Não. Mas um a gente minimizaria. E é um dos maiores números de

problemas com lesão de doença pré-existente de obesidade. Gente, obrigada tá? Desculpe.

P/Rafael – Obrigado pelos esclarecimentos. Então, a RN 162, foi até bom a Doutora Graça trazer esses conceitos que a RN 162 já tem esses conceitos na entrevista qualificada, que foi o que também a UNIMED paulistana trouxe da diferenciação entre a entrevista qualificada e perícia que já estão no normativo. O objetivo aqui e isso foi dito na primeira reunião, a gente volta a enfocar, é o seguinte, a questão dos conceitos já estão colocados até bastante tempo. O que a gente quer discutir aqui é justamente essa questão da entrada. Porque o que que tá acontecendo? Se o beneficiário é chamado para entrevista qualificada e não comparece, o que que acontece? Qual o lapso? Por que que é chamado? Não, eu sei, mas é justamente isso que a gente tá discutindo. A questão que está sendo colocada aqui é justamente a questão dessa entrada. Como é feita essa entrada, se vai ter lapso, se não vai ter lapso, como é feita essa verificação. Porque hoje em dia os conceitos, eu acho que já estão até bem colocados. O que a gente pode discutir que foi colocado aqui é sobre algumas restrições que foram colocadas, que tem na declaração de saúde, os limites da perícia, que geram até uma certa confusão. Mas o importante aqui e o objetivo dessa câmara técnica é discutir isso. Paulo, por favor.

P/Paulo – É, eu ia apelar para isso. Eu acho que o que foi falado na primeira reunião foi exatamente a possibilidade de não revisitar conceitos, mas sem dúvida nenhuma a possibilidade de revisitar normas. Se isso não é objetivo da câmara técnica, a gente precisa formar uma câmara técnica. Então aqui a gente tá revisitando normas. E há possibilidade de eventualmente até de editar novas delas. Então ninguém tá discutindo e eu também concordo com isso, qual o conceito de uma entrevista qualificada, de perícia uma vez que isso tá claro para todo mundo, isso é cristalino para todo mundo. Falando de uma forma objetiva, eu queria ratificar uma coisa que eu falei na primeira reunião, eu não tenho dúvida nenhuma de que 99% dos beneficiários são extremamente bem intencionados. A Dona Cândida tem razão, quem já falou é verdade, tem muito beneficiário que é mal intencionado, mas o percentual é em relação aos que hoje fazem parte do sistema, sem dúvida nenhuma é pequena. E eu acho que a percepção de todos também é que as operadoras mal intencionadas são em número extremamente pequeno. Operadoras que só dependem de ação de pessoas que são eventualmente candidatas até entrar como beneficiários, então erros podem existir. E a gente trabalha dia-a-dia para que esses erros não aconteçam. Em relação ao que foi mencionado aqui, eu só gostaria de ratificar, até pra gente caminhar, é o seguinte, a perícia, eu concordo que a gente tem que ter uma preocupação em tempo e uma preocupação em eventualmente deslocamento. Mas eu acho que é tão simples quanto a gente colocar perícia médica dentro da RN 259 e criar um prazo para ela. Isso não é uma coisa complexa e a gente pode definir um prazo. Se a gente tá ratificando um prazo de 15 dias para entrada, e se todo mundo tá achando que 15 dias, sem querer que esse número seja mágico, mas pode ser um número razoável, a gente pode colocar um prazo de sete a dez dias no máximo para providenciar a entrevista qualificada. Sabendo que em até 15 dias aquele boleto tem que chegar na mão do beneficiário para que ele pague e com isso efetive a sua entrada. Então eu acho que isso

não é um monstro que a gente não resolve. Uma outra coisa é em relação a negativa da perícia. Eu gostei muito da colocação do colega que falou que é muito esquisito alguém se negar a cumprir os procedimentos que estão ditados para você fazer parte de qualquer coisa. Agora se eu estou sendo solicitado a participar de uma perícia, eu me negar a fazer essa perícia, alguma coisa eu estou escondendo. Pode ser até que eu não esteja fazendo nada, mas eu acredito que seja de bom senso que a gente não obrigue as operadoras a iniciar essa cobertura, enquanto essa perícia não for feita, ora bolas. Então se há uma negativa, essa negativa ou essa permissão tem que ser recíproca do lado do beneficiário e da operadora. Em relação à esses limites do que eu poderia ou não conseguir descobrir de uma perícia é, eu entendo que é complexo isso. Eu acho que a gente deveria refletir um pouco mais, eu não to emitindo aqui um parecer final, nem muito menos o parecer da associação, que eu to aqui como um dos representantes, mas eu sei que é complexo a gente chegar a conclusão de que com base em uma perícia eu possa descobrir absolutamente todas as doenças que a pessoa possua. É óbvio que existem doenças que por definição Doutora Graça, como a minha colega saberia dizer, elas são doenças silenciosas, hipertensão e diabetes são apenas um dos exemplos mais famosos. A (ininteligível) que eventualmente... Exatamente. Eu também acho que a gente não deva calcar em sintomas, é por isso que a gente tem que evoluir para um linguajar e não é só para as pessoas analfabetas, Dona Cândida, mas em um consultório médico é extremamente comum você perguntar uma pessoa se ela tem pressão alta ou diabetes e ela dizer que não. Mas você evoluindo na conversa e na análise médica, você pergunta: A senhora toma algum remédio? Ah, eu tomo sim, eu tomo Atacand, tomo um diurético e tomo o Glifage. Ué, mas isso é para diabetes e hipertensão. Ah, mas a minha tá controlada. Então assim, essa pessoa é hipertensa? Ela sabe? É óbvio que sabe. Ela pode até achar que a doença dela está controlada. Mas ela tem uma doença crônica incurável por definição e que ela é controlável, é um conceito diferente. Então assim, voltando, a gente conseguir descobrir todas as doenças com base em uma perícia, é complexo. Eu sei que é. Eu acho que é provável que a gente não consiga. Mas eu acho que é dado a operadora e aí é um parecer bem inicial, essa oportunidade se ela quiser. Eu acho que a estratégia de cada operadora realmente, uns vão optar por entrevista qualificada, outras vão optar por perícia, mas dentro dos princípios da boa fé, o que colocou a ABRAMGE pela Virgínia, eu acho que é muito interessante de a gente avaliar. Pode ser que sim, baseado em critérios puramente médicos, num determinado tipo de paciente, eu prefira fazer uma perícia e em outros eu vá apenas para entrevista qualificada. Até por uma questão de eu conseguir atender um volume grande. Hoje são 50 e tantos milhões de beneficiários em planos médicos e 19 em odontológico. O volume de vendas, todo mundo quer que seja crescente. Nós e os beneficiários. Então eu não conseguiria, se optar por fazer perícia, fazer perícia em 100% dos meus candidatos à cliente. Mas eu acho que seria viável, sensato que se facultasse a operadora dado que é vedada a negativa de inclusão que em um determinado grupo eu opte por fazer uma perícia. Um grupo que eu vou escolher de que forma? O bom senso vai dizer gente. São pessoas que tem o maior risco para uma determinada doença, pessoas que tem um maior risco por uma série de questões, idade, sexo, uma série... Onde mora, de repente vamos descobrir hábitos de vida, se eu perguntar que ele fuma, talvez não interesse fazer uma perícia e não uma

entrevista qualificada simples. Então eu acho que esse direito tem que ser facultado e evoluindo, eu discordo que a gente tem que ficar preso nos 24 meses da entrada do início da vigência. Como a FENASAÚDE colocou, eu ratifico esse entendimento, isso é apenas um incentivo para que todos os beneficiários dêem a maior clareza possível a aquele médico que eventualmente tá fazendo uma perícia, e sem medo de punições, porque não se trata de uma punição, se trata para de adequar a uma regra que tá clara de que eu dizendo tudo que eu tenho e eu facultando os meus exames, as minhas ultimas consultas, eu dê garantia durante uma perícia de que eu vou tentar ter certeza de que todas as minhas doenças pré-existentes foram ali listadas. Agora, se em algum momento for descoberto, dado que eu não fiz a perícia, diz uma entrevista, como disse a Doutora Graça, eu chego com um parecer dizendo: Sou obeso há cinco anos e me trato há dois, porque é isso que tá na diretriz sem nenhum benefício, como é que eu não posso botar ele em uma CPT? Pois ele para conseguir a cirurgia tá me dizendo que é obeso há cinco anos e que tentou tratamento há dois anos sem benefício. Isso, na minha opinião não faz o menor sentido. Pois se a agência, e a gente entende, vou até tirar o nome agência, porque eu acho que é o mercado inteiro, se nós entendemos que ele diante de um relatório médico, que na minha opinião é soberano, ele reconhece que é ali obeso há cinco anos, e ele não me disse há seis meses atrás, ora bolas, aquilo tem que servir para eu entrar com uma CPT a partir daquele momento. Porque se não, qual é o prejuízo que ele tem ou o benefício que ele tem de avisar lá atrás no início, ou o prejuízo que ele teve de esperar seis, sete, oito, vinte meses para me dar essa informação. Eu na verdade estou estimulando que as pessoas arrisquem não me dizer nada. Porque o benefício é enorme. Então é isso, acho que eu só estava tentando defender a questão dos 24 meses e algumas outras questões.

P/Rafael – Obrigado Paulo, quem gostaria... Cláudio...

P/Voz não identificada – Só uma dúvida, na discussão do prazo, lapso, eu não sei se já foi esclarecido isso, mas o preço e a proposta seriam pré-definidos e não teria alteração após o prazo, certo? Ou o preço pode ser determinado após a perícia? Qual é a...

P/Rafael – Não, não, não...

P/Voz não identificada – É só uma dúvida para esclarecer. Eu só to perguntando, porque eu não ouvi ninguém mencionar nada sobre isso.

P/Voz não identificada – O preço só pode mudar se a operadora decidir oferecer o agravo, mas o agravo não é muito comum a utilização.

P/Rafael – Tá. O que é importante é o seguinte, a proposta do lapso que na prática não acontece hoje, uma proposta sendo colocada aqui na câmara técnica, seria que você estaria vinculado aquele preço daquele produto que já está pré-determinado. Produto número 4004 e pá, pá, pá. Então não haveria essa alteração pelo fato do beneficiário não ter nenhuma DLP ou ter DLP. É exceção como colocou o Felipe do eventual agravo e isso se ele optar, porque ele pode optar ou pela CPT ou pelo agravo. E não é obrigatório o oferecimento, só um minutinho Doutora Graça.

P/Cristiane – Cristiane da FENASAÚDE. Uma coisa que eu queria colocar, acho que seria interessante para organizar as nossas sugestões, é fazer um fluxo de como que funciona para o beneficiário a sua entrada no plano de saúde. Então tem o momento do preenchimento da proposta, essa proposta para operadora, o preenchimento da declaração de saúde, porque um item que eu estou sentindo falta aqui nessa discussão, é que uma vez identificada na declaração de saúde uma doença ou lesão pré-existente, a operadora vai identificar quais são os procedimentos ao qual, são aplicados a cobertura parcial temporária e tem que devolver para o beneficiário uma carta para ele, previamente a entrada no plano tomar ciência de quais procedimentos ele estaria limitado e se ele concorda, porque eventualmente com essa nova informação ele pode vir a achar que o plano não é interessante para ele. O que ele está contratando não é interessante, então o rito existe dentro da legislação, vamos dizer, uma incoerência dessas duas exigências, mas entendo perfeitamente que o beneficiário ao receber essa carta tenha um novo momento de decisão se ele vai ficar, se interessa ficar no plano ou não. Então eu acho que a gente... E aí eu acho que provavelmente 15 dias talvez não fossem suficientes para dar conta de todas essas etapas. Então por isso que eu sugiro que a gente nessa discussão organize o fluxo para dar mais visibilidade. Outra coisa que eu queria reforçar, é que eu acho que a gente tá discutindo as questões da operacionalização, mas é muito importante pensar em todos os agentes e os incentivos que a regulamentação está dando para cada um e as penalidades a depender do seu comportamento. Então de fato a grande maioria dos beneficiários a gente vê que são pessoas de boa fé, muitas vezes eles preenchem não na declaração de saúde, justamente por essa... É aí por insuficiência, então muitas vezes a entrevista qualificada ajuda ele a responder de forma melhor, mas ele precisa ter incentivos. A legislação precisa incentivá-lo a procurar ser o mais fiel no preenchimento desse documento. E hoje não é. Se ele está preocupado em declarar corretamente ou não, a consequência para ele vai ser pior se ele tiver atento na declaração de saúde dele hoje. Então eu entendo a preocupação sinalizada na questão de você colocar 24 meses a partir da identificação da doença ou lesão pré-existente e isso pode ter um ciclo né, imagina, se a pessoa tiver muitas doenças e a cada vez for descoberta só uma condição, isso poderia ser muito prolongado, compreendo esse argumento, mas por outro lado a forma como isso tá hoje gera um incentivo perverso de que o beneficiário não tem de fato um incentivo a ser cuidadoso no preenchimento da sua declaração de saúde. E eu gostaria de reforçar as palavras do colega também na UNIMED do Brasil, não, na UNIMED Paulistana. Em que hoje aquela carta de orientação do beneficiário, desculpa, o beneficiário que assina aquilo ali, ele tem muito menos argumento para dizer que não entendeu, que não sabia que tinha uma entrevista qualificada, a carta chama muito a atenção, acho que tá muito alinhado com a proposta que o próprio Barroca fez, eu quero fazer... A proposta dele foi justamente fazermos um termo de compra do plano de saúde, que o beneficiário possa declarar. Eu sei que eu sou médica, eu sei que eu sou associada a Associação Médica Brasileira, eu sei que eu comprei o plano de saúde da associação, estou com esse ato, enfim, dando poderes à associação que me represente nas negociações de plano de saúde, então eu acho que esses são documentos que estariam alinhados e eu acredito que a gente precisa muito mais da responsabilidade exigir responsabilidade do beneficiário, mesmo sabedora que de fato existem vendas que não são bem feitas, mas na linha que eu estou sinalizando

dos incentivos e punições vamos dizer assim, a gente deveria incentivar mais o beneficiário a saber o que ele está comprando e que papel ele tá assinando, né.

P/Rafael – Obrigado, Dona Cândida... Só um minutinho, que tá chegando o microfone.

P/Dona Cândida – Nós aqui fazemos e eu posso fazer pra vocês um indicador, porque nós aqui somos um grupo. Se nós não entendermos que nós aqui somos um grupo e que estamos aqui para colaborar, não fazer crítica, tanto que desde o início eu já chamei atenção, já existe regulamentação pela ANS né? Então eu só faço entrevista, nós não fazemos perícia de forma alguma. O meu indicador de re-ratificação pós-entrevista médica não é nunca inferior a 90%. Nunca. Então é um número extremamente alto do que é declarado pós-entrevista médica sem colocar a mão no paciente. Só que tem uma coisa, nós temos que ser muito claros com o beneficiário. Porque é o momento que temos para colocar para ele as nossas verdades. Então, o que quê é colocado para ele? Senhor, está doença pré-existente que o senhor está declarando, só vai ter uma restrição de 24 meses se for um procedimento eletivo. Se for, mesmo que o senhor tenha uma doença pré-existente, se o senhor entrar em uma situação de urgência e emergência, morre essas 24 horas. A partir do momento que você explica isso aí para ele, você quebrou todo o gelo. Você tá sendo muito claro com ele. Porque vocês entenderam? A doença pré-existente é exclusivamente para patologia, pré-existente e situação eletiva. Então, por exemplo, gente, alguém declarou que tem um mioma, ela declarou que tem um mioma, ok, vou explicar para ela, a senhora só vai fazer cirurgia de mioma eletivamente daqui a dois anos. Ok, acontece que daqui a sete meses ela tem uma hemorragia uterina brutal causada por aquele mioma. Ela tem que esperar os dois anos? Não gente, ela entrou em uma emergência. Então isso tudo tem que ser explicado ao beneficiário. Mas aonde complica aí, por isso que eu te pedi para falar, acontece que aonde fala de doença pré-existente, fala em leito de alta complexidade. Qual é a palavra mágica que falta ali? Para casos eletivos, gente. Porque ninguém vai para uma UTI se não for uma urgência ou emergência. E como tem aquilo ali no texto, o meu médico perde um tempo explicando para aquele beneficiário, mas tá escrito aqui, leito, o que é o leito de alta complexidade. Mas ninguém vai para um leito de alta complexidade eletivamente. Então a gente também tem que ter a coisa mais clara para facilitar a entrevista médica. Então por isso que eu pedia. É doença pré-existente? É. Em que situação eletivamente? Doutora, se eu tiver uma situação de emergência, mesmo durante essa doença pré-existente tem que cumprir 24 meses, não, a lei é muito clara pela ANS. Urgência e emergência, quanto tempo é? 24 horas. Tá, então isso aí, também quem fizer entrevista médica, tem que ter médicos capacitados que conheçam a legislação. Não basta ser médico. Então não basta ser aquele médico que está no consultório. Ele não vai saber dar está explicação. Tem que ser um médico que conheça a legislação. Tá?

P/Rafael – Obrigado.

P/Marcelo – 30 segundos. Marcelo (Benati?) UNIMED Paulistana, a ideia da Cristiane é brilhante, teoricamente dá desconto para a gente facilitar a entrevista qualificada para o beneficiário, eu acho que é isso que você quis dizer né, você dar um desconto para o

beneficiário vir fazer a entrevista qualificada, é um incentivo. Incentivo no primeiro mês, isso é interessantíssimo e fácil, entendeu?

P/Rafael – Foi o que você falou aí...

P/Marcelo – É um incentivo, vamos dar desconto para o beneficiário no primeiro mês. Acho interessante isso. Só isso. Obrigado.

(intervenção feita fora do microfone)

P/Rafael – Mônica, por favor.

P/Mônica – Mônica, FENASAÚDE. Eu gostaria só de trazer o processo administrativo da cobertura parcial temporária, porque é certo que hoje pelos dados que vocês trouxeram, várias operadoras não apresentam a documentação completa, seja em função da documentação que ela tenha, algumas situações temos que apresentar original, de algumas documentações e isso é inviável até desestimulando o número de abertura desse tipo de processo. Mas em contrapartida eu acho que ele é extremamente precioso como um instrumento educativo junto ao beneficiário. Eu só gostaria que não se pensasse em enterrar esse processo, porque ele traz uma cultura para todas as partes, para a operadora e para os beneficiários. Então o que se pretendeu em uma das sugestões da FENASAÚDE, é a degradação da retificação da declaração de saúde. Que isso valesse assim como a justiça já aceita a degradação em algumas situações, a própria agência no âmbito da MIP aceita degradação, então nesse momento em que há uma aproximação com o beneficiário, o corpo da operadora liga para entender melhor uma outra situação quando há a solicitação de algum procedimento e nesse momento se descobre que esse beneficiário pode ter fraudado, pode não ter interpretado de maneira adequadamente a pergunta da declaração de saúde e responde de forma negativa, nesse momento ele reconhece que preencheu de forma incorreta e declara ter aquela doença. Só que na maioria dos casos a operadora manda a retificadora e não é retornado para a operadora. Então esse incentivo, o beneficiário não tem. Por mais que na conversa com o representante da operadora, ele tenha declarado. Então esse é um dos pleitos da FENASAÚDE que eu gostaria de reforçar, aliás, dois né, que não se elimine o rito do processo administrativo para se instaurar a CPT e que se aceite a degradação.

P/Rafael – Ok, mais alguém? Bem pessoal é o seguinte, como a gente já ta quase... Aliás, faltam poucos minutos para estourar o nosso prazo, exatamente às seis horas. A gente só queria colocar aqui os próximos passos, que uma coisa importante para dizer, já pedindo antecipadamente desculpa pelos problemas que a gente teve nas apresentações, todas as apresentações a gente vai colocar no site, se não for amanhã, no máximo no início da próxima semana, tanto a nossa de hoje quanto a da SINOG, da ABRAMGE e da FENASAÚDE. A nossa ideia é a seguinte, a gente tem, vai estipular esse prazo de 30 dias para envio de contribuições até 5 julho de 2014 e a gente tá agendando a próxima reunião para o dia 24 de julho, que é uma quinta-feira para que a gente possa expor as eventuais contribuições recebidas pelo e-mail que já está na outra apresentação, GGEOP.DIPRO que vocês já conhecem e a gente vai colocar na nossa proposta. Uma coisa importante

que é sempre bom frisar, que a gente colocou também na primeira reunião e vai voltar a dizer, é que a ideia e o que vai acontecer na última reunião, a gente vai apresentar proposta, vai abrir para o debate, mas em um momento vai ser exposta eventual proposta de minuta de alteração de resolução normativa, porque obviamente que havendo uma proposta, a gente vai ter que revisitar a norma, agora o foro específico para rediscutir isso é a consulta pública. E por que quê a gente está com o prazo um pouco apertado? Nós, esse projeto está na agenda regulatória, a gente tem que finalizá-lo até o dia 31 de dezembro e a gente ainda tem um longo caminho pela frente que é consulta pública, verificação de contribuição, passar a norma pela colegiada, enfim, todo aquele procedimento que você já conhece. No entanto, todas as contribuições foram anotadas, acredito que a discussão foi bem rica, uma coisa que surgiu bastante, uma preocupação que o mercado tem colocado é com a burocracia, com a burocratização do procedimento, eu acho importante, é nosso interesse diminuir a burocracia, pensar na questão da formatação do procedimento, diminuir o número de papel e o mais importante, diminuir cada vez mais essa diferença, essa informação que não flui e essa ideia até que a Cristiane trouxe de colocar fluxo, informar para o beneficiário qual caminho que tem que ser seguido, que atualmente é bem ruim como a gente colocou na primeira apresentação, que vai, volta, volta de novo. Isso a gente tem que trabalhar, é isso que a gente tá trabalhando e a câmara técnica se presta a isso. Para que a proposta seja simples e clara não só para as operadoras, para as administradoras, como principalmente para o beneficiário que via de regra é a parte que tem menor conhecimento, é a parte (ininteligível) da relação. Pessoal, agradeço a atenção a todos, uma boa tarde ainda, a gente aguarda todo mundo dia 24, obrigado.