



DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

NÚCLEO DE REDAÇÃO FINAL EM COMISSÕES

TEXTO COM REDAÇÃO FINAL

TRANSCRIÇÃO *IPSIS VERBIS*

CPI - PLANOS DE SAÚDE		
EVENTO: Audiência Pública	Nº: 1335/03	DATA: 01/09/03
INÍCIO: 10h00min	TÉRMINO: 13h44min	DURAÇÃO: 03h43min
TEMPO DE GRAVAÇÃO: 03h43min	PÁGINAS: 71	QUARTOS: 45

DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO

LUIZ ANTONIO RIZZATO NUNES - Juiz do 1º Tribunal de Alçada Civil de São Paulo.  
LUIZ ROBERTO DEL PORTO - Diretor-Presidente da Associação Brasileira de Análises Clínicas de São Paulo.  
MARCO ANTONIO ZANELATO - Coordenador do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça do Consumidor.  
ARLINDO DE ALMEIDA - Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo — ABRAMGE.  
FLORISVAL MEINÃO - Diretor de Defesa Profissional da Associação Paulista de Medicina.  
ROBERTO MENDONÇA - Médico e beneficiário da UNIMED Paulistana.  
SABATINO ADRIEN LEVY - Beneficiário das Classes Laboriosas.  
JORGE ADRIEN BELOQUI - Beneficiário da OMINT Assistencial Serviços de Saúde.  
ROBERTO JUNQUEIRA TORQUATO - Médico e beneficiário do Saúde Bradesco.  
REGINA CÉLIA ZANKE - Beneficiária da Samcil.  
KELLY CRISTINA DE CASTRO QUEIROZ - Beneficiária da Saúde Assistência Médica Internacional.

SUMÁRIO: Esclarecimentos sobre irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde.

OBSERVAÇÕES

Reunião realizada na Assembléia Legislativa de São Paulo.  
Há exibição de imagens.  
Há oradores não identificados.  
Há intervenções inaudíveis.  
Há termo ininteligível.



**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Esta é uma reunião ordinária da Comissão Parlamentar de Inquérito, com a finalidade de investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviço por empresas e instituições privadas de plano de saúde, genericamente definida como CPI dos Planos de Saúde. Havendo número regimental, declaro abertos os trabalhos. Indago aos Srs. Parlamentares sobre a necessidade da leitura da ata da reunião anterior, realizada em 28 de agosto de 2003, tendo em vista sua distribuição por cópias.

**O SR. DEPUTADO ARNALDO FARIA DE SÁ** - Dispensa, Sr. Presidente.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Dispensada a leitura da ata da reunião anterior, por solicitação do Deputado Arnaldo Faria de Sá, coloco-a em discussão. Não havendo quem queira discuti-la, submeto-a à votação. Aqueles que a aprovam queiram permanecer como se acham. (*Pausa.*) Aprovada. Vou anunciar os Deputados presentes, da direita para a esquerda de quem está na mesa: Deputado Jamil Murad; Deputado Paes Landim; Deputado Mário Heringer; Deputado Ribamar Alves, Relator da CPI, e Deputado Arnaldo Faria de Sá. Esta é a Carla, secretária, e eu sou Arlindo Chinaglia, Vice-Presidente desta CPI. Aproveito para informar que o Presidente, Deputado Henrique Fontana, não está presente em decorrência de estar no exterior. Informo aos presentes que esta reunião de audiência pública resulta da aprovação, em 1º de julho de 2003, do Requerimento nº 31, de 2003, de autoria do Deputado Henrique Fontana, cuja finalidade é ouvir os convidados sobre o tema objeto de investigação desta CPI. Passo a ler o nome dos que serão os nossos primeiros convidados. Aqui, nós vamos ter, basicamente, 2 blocos. No primeiro bloco, falarão as entidades e, no segundo bloco, falarão os usuários dos planos de saúde. E é claro que aqui há uma ordem arbitrária, mas julgamos oportuno ouvir, primeiramente, o Dr. Marco Antonio Zanellato, Coordenador do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça do Consumidor, bem como o Dr. Rizatto Nunes, Juiz do 1º Tribunal de Alçada Civil de São Paulo. O Dr. Rizatto é também professor especialista em Direito Constitucional. Convido ambos para tomar assento à mesa. (*Pausa.*) O Dr. Rizatto disporá de até 15 minutos para fazer a sua exposição. E me perdoem, eu serei obrigado a ter um razoável rigor no tempo, porque nós não poderemos passar das 18h. Informo também aos presentes que o Presidente da Assembléia Legislativa do Estado de



São Paulo, Deputado Estadual Sidney Beraldo, foi convidado para participar desta abertura. Deu-nos as boas-vindas, porém, não pôde estar presente. Além dos 2, são nossos convidados, nesta tarde, o Dr. Arlindo de Almeida, Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo — ABRAMGE; o Dr. Luiz Roberto Del Porto, Diretor-Presidente da Associação Brasileira de Análises Clínicas no Estado de São Paulo; o Dr. Florisval Meinão, Diretor de Defesa Profissional da Associação Paulista de Medicina. Também serão convidados alguns usuários que, no momento apropriado, de acordo com a chegada, vou anunciar. Então, passo a palavra ao Dr. Rizatto Nunes, Juiz do 1º Tribunal de Alçada Civil de São Paulo.

**O SR. LUIZ ANTONIO RIZATTO NUNES** - Boa-tarde a todos. Cumprimento o Dr. Arnaldo Chinaglia, em nome de quem também cumprimento...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Aqui tem o Arnaldo, mas é o Arnaldo Faria de Sá, e aqui é Arlindo Chinaglia.

**O SR. LUIZ ANTONIO RIZATTO NUNES** - Arlindo Chinaglia, desculpe. Então, cumprimento o...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Mas o senhor não é o primeiro nem o último, viu?

**O SR. LUIZ ANTONIO RIZATTO NUNES** - ... Deputado Arlindo Chinaglia, em nome de quem cumprimento os demais integrantes da Mesa, cumprimento todos os participantes desta CPI. Quero dizer que, antes de mais nada, antes de começar os meus 15 minutos de fala — eu vou falar rápido, porque gostaria de falar bastante —, é uma satisfação comparecer a esta nossa Assembléia do Estado de São Paulo, na qual se instala também a CPI Federal, que tem feito, neste País, uma busca incessante de luta pelos direitos da cidadania. Então, é com muita honra e satisfação que eu aqui compareço, nesta tarde, para discutir e conversar com vocês esse importante tema, fundamental na defesa do cidadão brasileiro. Foram lidos aí os meus 2 básicos títulos, de Juiz do 1º Tribunal de Alçada Civil do Estado de São Paulo e também de professor — e sou especialista em Direito do Consumidor —, mas eu quero dizer que a minha fala será, especificamente, uma fala de professor, não de juiz. Até porque, no caso do 1º Tribunal de Alçada Civil do Estado de São Paulo, a matéria que envolve planos de saúde, especificamente, não é de competência do nosso Tribunal, mas sim do Tribunal de Justiça. De qualquer



maneira, eu me sinto muito mais à vontade de falar a vocês como professor porque, já há mais de 10 anos, nós, no mestrado, tanto da PUC de São Paulo, de onde eu venho, mestrado e doutorado, quanto no mestrado da UNIMES, em Santos, que hoje coordeno, fazemos uma pesquisa incessante no tema do direito do consumidor e também, particularmente, na questão que envolve a proteção da saúde e a vida dos cidadãos brasileiros. Portanto, na questão que envolve os chamados planos de saúde, seguro saúde, as empresas que exploram a saúde no Brasil. Então, eu gostaria de, neste meu tempo, que é muito curto — não sabia exatamente o que eu deveria trazer para falar, mas a minha fala será eminentemente jurídica, de professor que pesquisa a questão no Brasil. Eu sei que outros darão depoimentos muito mais graves do ponto de vista da realidade, mas quero dizer que, enquanto professor de uma universidade, mais uma universidade, a nossa preocupação é, na medida do possível, tentar corrigir uma falha de formação no ensino jurídico do Brasil, que é exatamente isso, de não levar para a universidade a realidade efetiva, real, vivida muitas vezes — e, aliás, infelizmente —, muitas vezes sofrida pelo cidadão. Nesse caso específico dos planos de saúde, é um daqueles em que, infelizmente, apesar de nós termos uma legislação bastante moderna e favorável, de proteção ao cidadão, infelizmente, a prática dos abusos ainda é bastante grande. Eu preparei, rapidamente, quando cheguei aqui, algumas anotações, e aí tenho que admitir a minha — entre aspas — “ignorância” a respeito do funcionamento da CPI, mas eu fiz algumas anotações daquilo que eu gostaria de trazer a vocês como base de uma eventual discussão jurídica naquilo que nós temos pesquisado na universidade a respeito do tema. Então, quando nós falamos de administradoras de plano de saúde, administradoras privadas de plano de saúde, seguradoras de planos de saúde, nós estamos falando, no caso específico do Brasil, de uma relação jurídica típica de consumo, regulada basicamente na Lei 8.078, de 90. Como vocês sabem, o Código de Defesa do Consumidor, que é a Lei 8.078, de 90, é uma lei principiológica, feita por determinação constitucional, art. 48 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, e criada, exatamente, para regular uma série de situações que envolvem a proteção dos cidadãos brasileiros, pessoas físicas, e também pela hipótese do art. 2º da lei, pessoas jurídicas. O que nos interessa aqui é a proteção do consumidor, pessoa física: a vida, a saúde, a integridade física, a



imagem, a proteção geral da saúde, a prevenção da saúde que todos os cidadãos brasileiros devem ter. E devem tê-lo porque, de fato, a Constituição brasileira, de 5 de outubro de 1988 — que é, sem dúvida alguma, a melhor Constituição que nós já tivemos, apesar de infelizmente ter sofrido algumas retaliações —, essa Constituição erigiu, como fundamento maior de todo sistema constitucional, no seu art. 1º, III, a dignidade de todas as pessoas. O Brasil é um daqueles países que, juntamente com alguns outros que tiveram suas constituições federais firmadas após a 2ª Guerra Mundial, declarou, expressamente, que a dignidade da pessoa humana é um super princípio constitucional, não podendo ser atingido de forma alguma. No caso da dignidade do cidadão brasileiro, ela vem, depois, fundamentada, preenchida pelas outras garantias constitucionais do art. 5º, do art. 6º, naquilo que envolve a saúde. Quando nós pensamos em proteção à saúde, portanto, e exploração de uma atividade econômica, nós temos que levar em consideração aquilo que a Constituição Federal trouxe como base, base específica da proteção ao cidadão. Eu tenho que ler aqui — vou fazer rapidamente, porque o tempo vai ser curto —, mas eu tenho que ler para vocês, algo que, muito provavelmente, só conste da Constituição Federal brasileira. Talvez, eu não fiz a pesquisa das constituições do mundo inteiro. Mas a Constituição brasileira é uma constituição que, expressamente, reconhece, no art. 3º, o seguinte: *“Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;”*. A Constituição brasileira, expressamente, reconhece que o Brasil é composto de pessoas pobres, o povo brasileiro é pobre. Quando nós falamos em exploração de qualquer atividade econômica, para entender a exploração da atividade econômica é fundamental que nós compreendamos esses princípios do art. 1º e art. 3º para, depois, entendermos como é que essa exploração econômica poderá ser feita, o que vem regulado na Constituição brasileira, no art. 173 e seguintes. Vale dizer: quando nós estamos falando de relação de consumo, de exploração da atividade privada, que envolve saúde, nós não estamos falando de exploração de saúde num país desenvolvido; quando estamos falando de consumidor, de defesa ao consumidor, não estamos falando de legislação que é feita para *shopping center* em Miami. Nós estamos falando de legislação que pressupõe a existência de uma sociedade pobre, na qual



os consumidores, pessoas físicas, são pobres por exposto reconhecimento constitucional, no que nós aqui então “lincamos” à dignidade da pessoa humana como um bem intangível, que não pode ser atingido de forma alguma. Posto isso, o que nós temos no exercício da atividade privada que interessada ao assunto aqui do tema das relações jurídicas de consumo do plano privado de assistência à saúde? O que nós temos é, basicamente, uma previsão no parágrafo único do art. 173 da Constituição Federal, previsão de possibilidade de empreendimento. Diz lá, a Constituição Federal, no art. 175, parágrafo único, que aquele que tem poder econômico, tem dinheiro, ou que possa obter capital no mercado e queira explorar alguma atividade econômica, por exemplo, montando uma padaria, ou uma loja para vender *lingerie*, ou um plano privado de assistência à saúde, pode fazê-lo, mas o faz por conta e risco da sua, eu diria, decisão. Ele faz porque quer e, ao fazê-lo, assume o risco da atividade. Quando nós estamos falando de relação jurídica de consumo, estamos sempre levando em consideração que, aquele que quer empreender, não importa qual seja a atividade, se é para produzir um pneu, se é para prestar serviço à saúde da população, aquele que for fazer isso assume o risco do seu negócio. Nós, consumeristas, estudiosos do Direito do Consumidor, sabemos claramente que, no Brasil, não se pode passar o risco da atividade, mediante cláusula contratual, mediante prática, qualquer que seja ela, para o consumidor. Consumidor não assume risco em nenhuma atividade. Qualquer que seja a relação de consumo, o risco é sempre do empreendedor. Para nós ficarmos com um exemplo bastante didático: se, por acaso, um banco resolve — um exemplo fora da área, mas pra ficar claro o que eu quero dizer — ir ao exterior, tomar dólares emprestados e trazer para o Brasil, internalizar o dólar, transformar em reais e oferecer ao mercado de *leasing*, por exemplo, para oferecer *leasing* para a população comprar veículos, automóveis, ele o faz por conta e risco. Se ele, ao fazê-lo, paga uma taxa de dólar bastante favorável e, depois, por uma determinação de política econômica, o Governo resolve liberar a taxa de câmbio, e o dólar sofre uma variação muito forte, essa variação não pode ser passada para o consumidor, sob pena de violar a garantia constitucional. Quem assume o risco é sempre o empreendedor. Se, por acaso, um banco fez isso, como fez, anos atrás, ele deve assumir o risco da perda, porque não pode passar essa perda para o consumidor. Bom, no caso da prestação de serviços à saúde ou a



chamada “exploração de planos privados de assistência à saúde”, nós temos um duplo de risco. É isso que eu gostaria de colocar para nosso entendimento.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Para controle, faltam 5 minutos. Serão 15 minutos.

**O SR. LUIZ ANTONIO RIZATTO NUNES** - Quando um consumidor resolve adquirir um plano de saúde, ele não faz para utilizar do serviço, é o tipo da atividade que o consumidor quer adquirir para nunca usar. Ele paga para não usar e, aliás, alguns consumidores nunca usam. Pagam anos a fio e depois podem até falecer antes de receber qualquer tipo de atendimento. Essa situação mostra que a natureza jurídica do contrato de plano privado de assistência à saúde ela em si também é de risco. É um contrato chamado contrato aleatório, e assume-se o risco, o consumidor vai pagando, e a administradora vai acumulando alguma receita com esses pagamentos. Uma vez assumido o risco, não é possível na administração desses contratos criar-se algum tipo de cláusula que limite o uso pelo consumidor, exatamente porque o risco é do empreendedor. Não tem sentido, por exemplo, criar uma cláusula dando limite para internação na UTI. Isso viola a própria natureza da prestação de serviço, tanto a natureza da prestação de serviços quanto a própria Constituição Federal. Então, a natureza da relação em si é de risco, e uma vez sendo de risco a legislação tem e pode controlá-la muito fortemente como faz com a defesa do consumidor e como faz muito bem a Lei nº 9.656, de 1998. É preciso que entendamos isso sob pena de não compreender por que se discute ainda se a administradora pode tirar no serviço, limitar o serviço, limitar o número de consultas como se a doença escolhesse quantas vezes ela quer ser levada para o atendimento. Isso é da própria natureza, que não podemos esquecer. Uma outra coisa que gostaria de chamar a atenção é para a inteligência do sistema. Recentemente, a Agência Nacional de Saúde baixou a Resolução nº 44 para impedir que os hospitais exijam cheque-caução dos usuários de plano de saúde. Isso é um abuso que sempre foi praticado, inclusive repellido muitas vezes pelo Judiciário. Só que o sistema é inteligente, os fornecedores e os administradores são inteligentes. Não se exige mais cheque-caução, mas hoje já se exige assinatura de contratos de responsabilidade, o que desvia um pouco a atenção para o problema do cheque, mas que mantém a prática abusiva. Não é possível exigir do consumidor que vai



internar o seu parente que ele assine um contrato na internação. Não é um cheque, mas é um contrato. A prática continua sendo abusiva. Aliás, na minha opinião, tipificada no Código Penal no art. 146, ou seja, é preciso que a sociedade, evidentemente estou quase chovendo no molhado, existem várias entidades que fazem isso aqui, vigie as práticas abusivas. Essas práticas têm que ser vigiadas, porque o sistema protecionista já existe, mas as práticas vão aprendendo maneiras de manipular. Não há dúvida alguma de que esse seja um dos focos centrais que podem e devem ser vigiados e controlados. Meu tempo acabou?

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Tem mais um pouquinho.

**O SR. LUIZ ANTONIO RIZATTO NUNES** - Eu precisava de umas 2 horas, mas tudo bem. É que eu gostaria de chamar a atenção de vocês...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Eu vou contar para o senhor: eu tinha um professor de Química, na época do vestibular, de nome Edmilson Gigante, que virou oftalmologista, e ele, quando terminava o tempo, ele terminava a lousa e falava: "cqd". Tal era a prática dele na aula. Como o senhor não está numa aula, nós compreendemos essa dificuldade de administrar esse tempo.

**O SR. LUIZ ANTONIO RIZATTO NUNES** - Quinze minutos não é fácil. Bom, eu quero dizer que de fato existem uma série de problemas que com certeza vocês já estão discutindo, eu não estou trazendo aqui problemas de aumento de mensalidades, de corte de serviços, troca de hospitais, troca de médicos, enfim, todos os problemas que vocês já conhecem. Parece-me que um foco central da possibilidade de se controlar melhor e defender o cidadão é exatamente ficar observando essa prática que eu chamei aqui de inteligente, mas que é abusiva. O fornecedor do serviço aprende como fazer a manipulação, ele aprende a manipular, e é preciso que esse aprendizado seja trazido à tona. Quando se fala, por exemplo, das lutas que fazem no Poder Judiciário, percebemos que existe uma dificuldade muito grande de compreensão do modelo exatamente porque não é da prática da escola de Direito levar a situação real para dentro da sala de aula, que é aquilo que no início eu coloquei até tentar fechar. Se hoje existe um problema prático de aplicação do sistema legal, do Código de Defesa do Consumidor, da Lei 9.656, isso está relacionado em parte a esta, infelizmente, formação muito abstrata do estudioso do Direito. Mas só com a luta de vocês e de todos nós é que talvez nós possamos





chamar a atenção da sociedade para essas práticas que são abusivas e que devem ser evitadas. Muito obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Nós agradecemos ao professor Rizatto Nunes, cumprimentando-o pela pontualidade. Encerrou faltando uns 30 segundos. Evidentemente, o senhor terá oportunidade de voltar a abordar este e outros temas, na medida em que entrarmos na fase de perguntas. Eu até quero aqui combinar com os pares, com os Deputados Federais, porque, como vai ter mais de um depoimento, vão ser alguns, nós estamos imaginando da seguinte maneira: vamos ouvir, naquele primeiro bloco, as entidades ou as personalidades que representam, aqui no caso do Dr. Rizatto, também o Poder Judiciário; e, depois, nós vamos perguntar a cada um deles. O senhor retornará à Mesa. Porque, se nós formos fazer as perguntas agora, seguramente nós não teremos o tempo necessário para ouvir os demais. Tudo bem? *(Pausa.)* Então, agradeço mais uma vez ao Dr. Rizatto. Convidamos o Dr. Marco Antonio Zanellato, Coordenador do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça do Consumidor. *(Pausa.)* Não chegou? *(Pausa.)* Então, vamos chamar o Dr. Luiz Roberto Del Porto, Diretor-Presidente da Associação Brasileira de Análises Clínicas de São Paulo. Da mesma forma, 15 minutos. Eu avisarei com 10, para que vocês possam se organizar.

**O SR. LUIZ ROBERTO DEL PORTO** - Muito obrigado, Deputado Arlindo Chinaglia. Srs. Deputados, senhores presentes, nós tivemos agora oportunidade de ouvir o Dr. Rizatto Nunes falando um pouco sobre a parte legal. Eu, na condição de representante de um segmento que está diretamente ligado, vinculado, aos planos de saúde — nesse caso são os laboratórios —, é evidente que não vou abranger essa parte jurídica, mas sim tentar expor nesses 15 minutos um pouco da realidade e do relacionamento que ocorre entre as operadoras de planos de saúde e o segmento de diagnóstico. Inicialmente, nós temos hoje, na prática, perto de 15 mil laboratórios no Brasil, sendo que, desses 15.000, quase 6.000 estão aqui em São Paulo. Todos eles, sem exceção, atendem as operadoras de saúde. Não há, não existe mais aquela figura do paciente que vai lá e paga o exame. Isso é muito raro. Mesmo na Capital, isso não existe mais. Só existe apenas o paciente que é conveniado e o paciente do SUS. Esses exames, quando solicitados por médico,



eles são reembolsados, são pagos aos laboratórios, pelas operadoras, mediante contratos que estão baseados em tabelas. E essas tabelas têm os valores definidos em coeficientes honorários, chamados CHs. Nós teremos aqui a presença de um representante da Associação Médica Brasileira que vai falar que isso já acabou. Talvez isso tenha acabado. Isso não é uma prática do mercado. A prática do mercado é que a tabela em vigor ainda é a tabela da AMB, estipulada em 1990, e algumas em 92. Esses valores, eles estão indexados. Ainda é um reflexo da época antes do Plano Real. São indexadores cujo valor do CH oscila conforme o convênio, conforme o contrato. Esse valor oscila entre 10 centavos e 30 centavos por CH. E, hoje, nós estamos aí, há mais ou menos 9 anos, sem um reajuste, sem qualquer elevação ou ajuste nos preços dessas tabelas. Muito bem. E o que isso daí influencia na vida do brasileiro? Bom, os preços estão subindo. Os insumos de laboratório, quase 70% deles, estão atrelados ao dólar. E esses insumos sobem mensalmente, a carga tributária, os salários e assim por diante. Não vamos chover no molhado. Ocorre que o preço do exame está congelado há 9 anos. O que vem ocorrendo, então? Infelizmente, está havendo uma queda na qualidade desses exames. Esses exames que são realizados, a fim de que o laboratório possa realizar os testes, acabam migrando para uma metodologia de qualidade não tão confiante, não tão boa, não tão precisa. Ao passo que a medicina, no Brasil, hoje, com o reflexo do mundo, está evoluindo e indo para diagnósticos mais precisos, mais exatos. Ocorre que quem arca com esse custo de se implantar um diagnóstico muito sensível, muito exato, se nós não temos essa contrapartida, que seria quem arca com os custos desses exames. Nós, nos laboratórios, há muito que a gente tenta negociar com alguns planos de saúde. Infelizmente, a grande maioria deles se recusa a conversar e utiliza algumas práticas não muito convencionais. Acabam jogando uma empresa contra a outra. Utilizam uma outra sistemática, chamada *decapitation*, que é oferecer toda a sua carteira de conveniados a apenas um prestador de serviços. Alguns convênios acabam montando seu próprio serviço de laboratório, e assim por diante. Nós preparamos, Deputado, a fim de que fosse entregue aqui na CPI, um dossiê mostrando as oscilações de preços, tanto gerais como os preços de laboratório, e também as práticas utilizadas por convênios: não pagar procedimentos; dificultar o atendimento, por impedir que o paciente faça o



exame onde quer, impedindo a livre escolha; descredenciando unilateralmente os laboratórios. Eu estou falando aqui em laboratórios, mas eu posso falar também em serviços de imagem, de ultra-sonografia, raio X, tomografia, e assim por diante. Recentemente, nós estivemos, semana passada, em Botucatu, onde a situação é muito difícil em função do plano de saúde da cidade estar boicotando, impedindo, que os pacientes realizem exames. Por exemplo, o único serviço de tomografia do Município está autorizado a fazer uma tomografia por mês. Ou seja, você inviabiliza qualquer investimento de melhora. E, inviabilizando esse investimento, você não torna acessível à população metodologias melhores, resultados mais confiáveis, valores melhores. Como está o meu tempo? *(Pausa.)* Nós também tentamos já, por algumas vezes, nos fazer ouvir pela ANS. Mas, infelizmente, nunca fomos. Agora, nesse fórum que está havendo em Brasília, é que nós tivemos a oportunidade de ter um representante lá nesse fórum. A gente espera que possamos ser ouvidos num espaço como esse. Nós temos algumas considerações importantes. Por exemplo, seria muito importante para o setor de diagnóstico que a Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS baixasse uma resolução, como baixou a de nº 42, que determina que os convênios dos planos de saúde, eles repassem aos hospitais os seus reajustes autorizados. Não estamos aqui pedindo valores absurdos, não. Fim de rompimento unilateral de contrato, ou se for haver esse rompimento, que seja com embasamento técnico, embasamento jurídico. Da mesma maneira, achamos muito importante, inclusive para a sociedade, que os laboratórios credenciados, os laboratórios conveniados por qualquer convênio, qualquer plano de saúde, participem de programas de controle de qualidade, de programas de excelência laboratorial, que mostre a confiança naquele resultado. Porque, o médico, e o Dr. Arlindo sabe muito bem, afinal ele é médico, recebe um pedaço de papel dizendo que está tanto, que o valor é tanto, daquele resultado. Como o senhor vai confiar, ou não? Há também a clínica, mas muitas vezes o médico não tem como confirmar aquele resultado. E com essa diminuição nos trabalhos dos laboratórios, nos valores dos exames, infelizmente, os laboratórios, muitos deles não estão podendo cumprir com o seu dever de fazer corretamente, de realizar corretamente exames, de corretamente efetuar diagnósticos. Então, é isso aí. Acho que, por enquanto, o



tempo foi suficiente, se eu começasse a falar aqui, eu ia ser repetitivo. Então, agradeço ao Deputado e agradeço a todos. Muito obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Obrigado, Dr. Luiz Roberto. Convidamos o Dr. Marco Antonio Zanellato, que já está presente, para fazer sua exposição. Por gentileza. Adotamos aqui um procedimento que vai ser o possível, não necessariamente o melhor, tanto por causa das instalações, quanto pela quantidade de convidados. E nós fizemos dessa maneira, e foi deliberação da CPI, exatamente porque no Estado de São Paulo se encontra o maior número de operadoras, o maior número de prestadores de serviços, o maior número de pacientes. Então, evidentemente, tem uma importância. Adotamos também como critério ouvir representações que até então não haviam se pronunciado na CPI, nós acabamos de ouvir o Dr. Luiz Roberto. Então, é evidente que nós fazemos esta audiência para que os Deputados e membros da CPI possam, com suas perguntas, com suas reflexões, permitir que, ao final, a CPI, no seu conjunto, produza um grande trabalho. Nesse sentido, temos agora o Dr. Marco Antonio Zanellato, Coordenador do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça do Consumidor. O senhor tem até 15 minutos. Muito obrigado.

**O SR. MARCO ANTONIO ZANELLATO** - Boa-tarde a todos. Sou Procurador de Justiça e coordeno as Promotorias de Justiça do Consumidor do Estado de São Paulo. Trabalhei na Promotoria de Justiça do Consumidor durante 13 anos. Nesses quase 16 anos que atuo na defesa do consumidor, no Ministério Público do Estado de São Paulo, é evidente que recebi reclamações variadas sobre empresas que administram, operam planos de saúde, ou seguro-saúde, assim com relação a outras empresas também que atuam no mercado de consumo. Então, fui convidado para estar aqui hoje, por esta CPI, e meu objetivo é apenas relatar aos senhores os casos mais freqüentes de reclamações que são feitas perante o Ministério Público do Estado. Nós só atuamos na defesa coletiva dos consumidores, diferentemente do PROCON, que atende aos casos individuais; nós só atuamos mediante a instauração de inquéritos civis, com vistas à eventual propositura de ação civil pública, nos casos de interesse coletivo. E esses casos dizem respeito normalmente a práticas abusivas. E entre essas práticas abusivas existem as cláusulas abusivas. Então, o que mais realmente tem provocado a atuação do Ministério Público na



defesa do consumidor, não só em São Paulo como também em outros Estados, é a presença de cláusulas, em tese, abusivas nesses contratos de planos de saúde. Diversas são as cláusulas. Eu poderia mencionar aqui para os senhores as cláusulas que o Ministério Público tem entendido como abusivas, diante das circunstâncias, do caso concreto, nos contratos celebrados antes da entrada em vigor da lei que regula os planos de saúde, que, como os senhores sabem, entrou em vigor em janeiro de 1999. A maioria dos contratos foi celebrada anteriormente a essa lei. E, nesses contratos antigos, temos considerado como abusivas as cláusulas que excluem da cobertura, de forma genérica, doenças crônicas e preexistentes. Nosso entendimento é de que o interessado, antes de contratar, deve ser submetido a uma avaliação; no caso de não ser, aí, em tese, essa cláusula seria abusiva. Esse tem sido também o entendimento da jurisprudência dos tribunais de São Paulo e também do próprio Superior Tribunal de Justiça. Outra cláusula também que temos entendido como abusiva, nos contratos antigos, é a que limita a internação em leitos hospitalares ou em UTIs. Entendemos que não deve existir essa limitação, porque isso, essa limitação, acaba indo de encontro ao próprio objeto do contrato. A jurisprudência também tem acolhido esse entendimento. Agora, recentemente, a imprensa divulgou decisão do Superior Tribunal de Justiça de que as empresas poderão voltar a limitar os prazos de internação. A divulgação não foi, com o devido respeito, correta. Na verdade, a nova lei dos planos de saúde prevê prazos de carência e proíbe realmente a limitação desses prazos de internação. O que o Supremo entendeu é que o art. 35, "e", da Lei dos Planos de Saúde, não tem uma aplicação retroativa, não alcança os contratos que foram celebrados antes. Mas isso não anula o entendimento da jurisprudência, que hoje é praticamente pacífico, de que diversas cláusulas desses contratos de planos de saúde celebrados antes da lei que regula os planos de saúde são abusivas, como é o caso da limitação de internação. Outro problema que nos tem afligido e, mais do que nós, os consumidores é o descredenciamento de hospitais, de laboratórios, como até foi dito aqui. Não que a empresa não possa fazê-lo. É evidente que, substituindo esses hospitais por outros de nível equivalente, não há problema, mas tem ocorrido o descredenciamento e a substituição por hospitais de nível inferior. Então, isso também já é uma prática abusiva, vamos dizer assim, não é uma cláusula



propriamente dita. Outra questão também é a limitação, ou restrição a procedimentos médicos, consultas, exames médicos, laboratoriais, e internações hospitalares, como já mencionei, limitação de sessões de quimioterapia, radioterapia, fisioterapia, etc. O que deve ficar bem claro é que vigora no Direito brasileiro, tanto no Código de Defesa do Consumidor como agora no novo Código Civil, o princípio da boa-fé; é um princípio que, em linhas gerais, deve proteger a confiança. Então, se a empresa, com a oferta dos seus produtos, com a publicidade de seus produtos, desperta no consumidor uma determinada expectativa, ela tem o dever de honrar essa expectativa, de agir de tal forma que essa expectativa seja atingida. Existe também uma cláusula que já foi objeto de... Todas essas cláusulas que estou mencionando foram objeto já de ações civis públicas. Uma cláusula aqui diz respeito a prazo de carência. Estou falando dos contratos anteriores à nova lei. Então, uma cláusula de carência em caso de pagamento em atraso. Então, o consumidor paga em atraso por 10 dias, por exemplo, e depois só tem direito ao restabelecimento da cobertura 10 dias depois ou 20 dias depois. Então, essa cláusula também nós temos entendida como abusiva, e a jurisprudência tem acompanhado o nosso entendimento. A maioria das empresas está abandonando a utilização dessa cláusula, mas, nos contratos antigos, ela ainda consta. Um outro problema é a rescisão unilateral do contrato. É evidente que um contrato não pode se perpetuar. A empresa tem o direito de pedir a rescisão do contrato, de rescindir o contrato unilateralmente. Todavia, ela deve ter um motivo justo para a rescisão desse contrato. Ela não pode a seu bel-prazer rescindir esses contratos, porque são contratos especiais, como foi muito bem dito aqui pelo Dr. Rizzato. A saúde é um contrato que tem por objetivo proteger a saúde do consumidor. Então, não é como um contrato de compra e venda de um bem, de coisa móvel, por exemplo, um contrato bancário, vamos supor, que é um contrato de duração, e que a empresa, se resolver rescindi-lo, mesmo assim ela tem de justificar, imagine então nesse caso de planos de saúde. Um problema que tem ocorrido ainda, mas isso diz respeito mais aos hospitais do que propriamente às empresas que operam os planos de saúde, é a exigência de cheque-caução e nota promissória para garantir o pagamento da dívida em caso de internação. Há uma resolução recente da ANS, Resolução nº 44, que proíbe essa exigência. Essa também é uma questão tormentosa, é uma questão



que, a meu ver, não pode ser regulada assim de forma genérica, pura e simplesmente proibir. Eu acho que isso tem que ser analisado de acordo com as circunstâncias do caso concreto. Não se pode, por exemplo, exigir uma caução de alguém que procure um hospital para um atendimento de emergência, de urgência, mas talvez noutros casos essa caução pode ser exigida, desde que o consumidor manifeste livremente sua vontade, sem nenhuma coação. Essa é uma questão que a jurisprudência tem entendido para o lado do consumidor, tem entendido que não podem ser exigidos esses cheques, essas notas promissórias como garantia. Enfim, há uma série de outros problemas que têm ocorrido nessa área e que alcançam a Promotoria do Consumidor. Tem também essa tormentosa questão do reajuste das mensalidades. A grande dúvida sempre é se o aumento pretendido guarda a relação com os custos da empresa. A grande dificuldade que nós temos... Nós, por exemplo, nunca movemos ação com o objetivo de redução do preço das mensalidades. Por quê? Dada a dificuldade de comprovação de que o reajuste foi abusivo ou não. Então, essa questão é muito tormentosa. Deveria haver um sistema mais transparente. A empresa deveria, quando chamada por um órgão de defesa do consumidor ter todo interesse em mostrar para aquele órgão que aquele aumento decorre efetivamente dos custos, porque quando se fala num contrato deve-se pensar em 2 pré-requisitos, vamos dizer assim. Deve-se pensar no seguinte binômio: deve-se combinar eficiência econômica do contrato com justiça social. Não pode ser só justiça social, mas não pode ser também só eficiência econômica. Então, a grande dificuldade do jurista, do juiz, que é um intérprete autêntico de qualquer lei, é encontrar, no caso concreto, esse equilíbrio. Está havendo ou não equilíbrio entre a parte econômica do contrato e a parte justa do contrato? Essa é a dificuldade. Eu vou entregar aqui para a CPI os principais temas que nós temos enfrentado. Eu mencionei aqui alguns para os senhores. Gostaria de dizer que nós não movemos muitas ações civis públicas, porque nós só atuamos nos casos de interesses coletivos, e poucas são as reclamações que nos chegam de interesses coletivos propriamente ditos. O PROCON é que recebe a maior quantidade de representações. Para os senhores terem uma idéia, em 98, nós propusemos 12 ações civis públicas; em 99, 9 ações; em 2000, 6; em 2001, 7; em 2002, 11; e, até 31 de agosto, 6 ações. Quer dizer, totalizando 51 ações de 98 até agora. Então, aqui



também está um breve relatório de cada uma das ações que foram movidas nas diversas Comarcas do Estado de São Paulo. Bem, então, em linhas gerais, era isso que eu gostaria de relatar aqui. Não é uma exposição, não é o que eu penso sobre a questão, apenas um depoimento do que o Ministério Público de São Paulo tem feito nessa matéria. Obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Muito obrigado, Dr. Marco Antonio. O senhor já percebeu aqui a sistemática. Nós estamos convidando um a um. Na hora de organizarmos os debates, enquanto isso, vamos refletindo para ver o melhor mecanismo. Talvez os Parlamentares ao se dirigirem aos nossos convidados, como o senhor, devam dirigir a pergunta para cada um dos que vierem aqui expor e os que já expuseram. Então, eu agradeço por hora a sua contribuição valiosa. Bem, eu vou convidar agora o Dr. Arlindo de Almeida, Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo. Eu creio que hoje será a primeira vez que um dos representantes dos planos de seguros vai falar na CPI. Portanto, o Dr. Arlindo, naquilo que couber, vai fazer aqui a sua abordagem e depois também será perguntado.

**O SR. ARLINDO DE ALMEIDA** - Sr. Presidente, Deputado Arlindo Chinaglia, Srs. Deputados Federais, Dr. Jamil Murad, Dr. Paes Landim, Dr. Ribamar Alves, nobre Relator, Dr. Mário Heringer, Dr. Arnaldo Faria de Sá, Deputado, Excelências, é com muito prazer que nós estamos aqui, a fim de instruir esta CPI. Nós gostaríamos de fazer, e pedimos permissão ao Sr. Presidente, um visual e poder falar ali da frente.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - O senhor fique à vontade. Aí, se os Deputados quiserem assistir, nós iremos para lá. Queremos muito.

**O SR. ARLINDO DE ALMEIDA** - O intuito é de esclarecer. E como eu sou o único representante das operadoras, gostaria...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Vão haver outras e outras oportunidades. Hoje, o senhor faça a primeira exposição, mas seguramente vai ter outras oportunidades.

**O SR. ARLINDO DE ALMEIDA** - Pois não. Agradeço, Presidente. Nós vamos aqui tocar em alguns assuntos que talvez alguns dos senhores não conheçam no





que diz respeito aos planos de saúde. Nós já tivemos a participação de um representante das seguradoras. Foi em Recife, se não me engano, da FENASEG. Ah, lá não foi a nacional. Desculpe. Muito bem. Vamos tentar ser o mais breves possível. *(Pausa.) (Segue-se exibição de imagens.)* Próximo. A medicina de grupo surgiu no Brasil, por volta de 1956, para atender à classe trabalhadora — o nosso Presidente Arlindo Chinaglia conhece bem a nossa história —, por exigência do desenvolvimento industrial. Para cá vieram as empresas automobilísticas, que exigiam uma assistência médica à altura. Na região de São Bernardo do Campo, que é a região, aliás, que eu trabalho e moro também, havia, na época, cerca de 3 médicos somente e não havia possibilidade de atendimento à classe trabalhadora. Daí já se depreende uma premissa bastante importante: os planos de saúde nasceram para atender à classe trabalhadora e seus dependentes principalmente. A próxima. Eu acho que foi de um grande alcance social, diferentemente de outros países onde a iniciativa privada tende a atender a nata da população. Esses são alguns números atuais da saúde suplementar. A população é coberta com cerca de 35 milhões; já foi de 40, ou até mais, chegou a cerca de 42 milhões. No entanto, o rigor da lei e do engessamento dos planos de saúde, fizeram com que se reduzisse a cerca de 35 milhões. Os empregos que produz a nossa atividade: nós temos médicos celetistas, em torno de 20.000 médicos; credenciados, mais de 150.000 médicos; funcionários administrativos e paramédicos geram em torno de 150.000 empregos diretos e de empregos indiretos, mais de 400.000. A produção anual da atividade é de cerca de 4,4 milhões de internações e mais de 400 milhões de procedimentos ambulatoriais em consultas e exames de tratamento. Por isso que nós repetimos freqüentemente que nós fazemos cerca de 1 milhão de atendimentos por dia e, por isso também, consideramos que o número de queixas é relativamente baixo em relação às pessoas atendidas. Além de ser uma atividade de grande importância, é uma atividade que lida com a saúde humana, de extrema importância. Portanto, qualquer queixa, mesmo que seja uma só, é de extrema importância e tem que ser valorizada sempre. A movimentação financeira gera um faturamento em torno de 23 bilhões aproximadamente e, com despesas assistenciais, em torno de 18 bilhões. Quer dizer, a grande maioria são os dispêndios com médicos, serviços médicos e hospitalares, que movimentam toda a iniciativa privada. Ultimamente,



inclusive nessa iniciativa privada, vem ocorrendo uma crise sem precedentes. Em torno de 503 hospitais da iniciativa privada foram fechados nos últimos 10 anos, perdendo-se cerca de 84 mil leitos. A próxima, por favor. Se o SUS tivesse que atender a nossa produção ... Muitas vezes muitas compensações são feitas a esse respeito. Então, o SUS poderia fazer esse tipo de atendimento, porque renúncias fiscais que acontecem poderiam inclusive cobrir esse tipo de despesa. Mas vejam bem. As internações, o custo médio de nossos exames — está aqui uma projeção — , o custo médio de internação pelo SUS, é o próprio SUS que nos dá essa informação, é em torno de 468 reais por internação. Os 4,4 milhões de internações, multiplicados pelo valor médio do SUS, dão 1,93 bilhão, sendo que os atendimentos seriam feitos pelo SUS. Normalmente, o custo hospitalar representa 40% do custo assistencial, e o custo ambulatorial representa 60% do restante. Então, projetando o custo ambulatorial do SUS, seria em torno de 2 bilhões e 895 milhões, o que daria um total de 4 bilhões e 855 milhões que o SUS deixa de gastar com os planos de saúde. Evidentemente que nós gastamos muito mais, como os senhores viram, em torno de 5 vezes ou mais este valor. A próxima, por favor. Aqui nós temos uma pesquisa de opinião. Foi sempre uma preocupação constante dos planos de saúde saber qual é a opinião dos seus usuários a respeito dos serviços prestados. E aqui nós tivemos todos os institutos mais importantes. Nós temos o IBOPE, em 98; nós temos a Agência Nacional de Saúde, em 2002; o Datafolha; a FIESP; a Toledo&Associados, que foi uma pesquisa patrocinada pela *Rádio Bandeirantes*; e o IBGE, em 1998. Todos eles, como os senhores vêem, indicam como nível de satisfação um nível bastante alto. Eles variam, como os senhores vêem — está muito fraco aqui —, mas todos eles variam de 79% a 86%, considerando as pessoas satisfeitas com os planos de saúde. Satisfeitos em parte é esta parte do meio, e insatisfeitos variam de 11% a 0,3%. É importante salientar que nenhum desses... Aliás, o IBOPE foi contratado pelas empresas de medicina de grupo e as seguradoras. Foi o único. O restante, tanto a ANS, como a Datafolha, como a FIESP, como a Toledo&Associados, o IBGE evidentemente nunca foram patrocinados por nós. E nós tivemos notícia de que o próprio Ministro da Saúde fez uma pesquisa e apresentou na última CPI e relatou que fez uma pesquisa, na qual demonstrou também que havia uma grande satisfação dos usuários dos planos de



saúde. Próximo, por favor. Aqui nós temos a regulamentação. Realmente o marco da regulamentação marcou profundamente a atividade. Nós participamos de reuniões durante 4, 5 anos, inclusive na gestão do ex-Ministro da Saúde Adib Jatene. E, através de várias discussões, chegou-se a uma lei. A lei realmente foi uma loucura, porque ela foi imediatamente acompanhada por uma medida provisória, 48 horas após a promulgação da lei. Ela saiu do Congresso Nacional normalmente. Como ela saiu do Congresso Nacional, ela não seria contestada, inclusive pelo Supremo Tribunal Federal — sem dúvida —, porque foi através de uma medida provisória que se estenderam aos contratos antigos os direitos dos contratos novos, atuais, o que ocasionou esse tipo de problema. Então, os senhores vêem, temos uma lei, seguida de 45 medidas provisórias, com 23 resoluções do CONSU, 96 resoluções de RDC, da Diretoria Colegiada, 45 resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde e mais 68 resoluções operacionais da Agência Nacional de Saúde também. Então, os senhores vêem o número de intervenções na lei. A atividade é regulada pela Lei 9.658, 45 medidas provisórias, freqüentemente sujeita a normas diferenciadas. Isso não permitiu que a atividade tivesse um instante sequer de tranqüilidade ou de certeza do que seria a lei, do que realmente teria que cumprir. Havia as obrigações mais variadas possíveis e, mês a mês, aquelas medidas provisórias alteravam alguma coisa da lei e deixavam as pessoas e as empresas completamente perdidas nessa selva legal na qual nós entramos. Próxima, por favor. Não sei como está meu tempo, Sr. Presidente. *(Pausa.)* Na conjuntura atual, o que aconteceu? Nós estamos passando por uma recessão econômica, e agora realmente nós estamos num processo recessivo, sem dúvida nenhuma. As empresas compradoras reduziram seus quadros de pessoal, vide desemprego. Quer dizer, o desemprego é muito acentuado. A grande maioria dos planos de saúde são planos coletivos, aqueles planos que são bancados pelos empresários, com alguma participação ou não dos empregados ou dos funcionários, para uma assistência para toda a família. Baixo poder aquisitivo da população e economia informal não permitem o regresso dessa massa para os planos de saúde. Acabam inchando o SUS, que está tendo também grandes dificuldades de atendimento. Como resultado, o mercado de planos de saúde perdeu 6 milhões de usuários, há deficiências a esse respeito, 6 a 7 milhões de usuários. O momento



deve ser de reflexão. Nós achamos que tem que realmente refletir muito sobre a assistência em geral dos planos de saúde, que é uma atividade privada, é uma atividade que necessita de um equilíbrio econômico. A atividade privada depende essencialmente disso, e a atividade privada, infelizmente, ela não pode promover uma igualdade social, mesmo porque o plano de saúde só serve a uma população que realmente pode pagar, de uma maneira ou de outra. Se a atuação da iniciativa privada no setor saúde é desejada, será inútil ignorar a realidade e impor às empresas exigências impossíveis de serem cumpridas. Um plano de saúde como atividade privada não resiste a um desequilíbrio da relação custo/benefício. É evidente que qualquer coisa pode ser assistida, qualquer tipo de exigência pode ser feita, mas ela tem que ser acompanhada de uma fonte de recursos, sem o qual essa atividade não pode subsistir. O próximo, por favor. Aqui nós temos um grande desafio que vem ocorrendo e que vem transformando cada vez mais difícil o equilíbrio econômico das operadoras. Aqui seria o problema das faixas etárias. Devido aos avanços da medicina, a expectativa da vida tem aumentado bastante. Então, as faixas etárias estão mudando constantemente. Se os senhores notarem a primeira faixa, lá de cima, de 0 a 19 anos, em 1980, representava 49,61% da população e, em 2020, está previsto que seja 31%. Já no ano 2000, é 39% somente, 10 pontos percentuais a menos. E partindo para a faixa de 69, 60 a 69 anos ou 70 anos, nós verificamos que 3,75 já está representando em torno de 4,66. Então, acima de 60 anos 4 mais 3 dá 7 e 67%. E essa tendência vai se acentuar cada vez mais. Todos nós sabemos que realmente à medida que a população envelhece o custo da assistência médica tende a se multiplicar. Os custos e os recursos expendidos para essas faixas etárias sempre são maiores. Por isso, inclusive, que existe esse grande problema, que eu concordo que seja um problema social: a cobrança das pessoas idosas serem superiores aos outros. Infelizmente, se nós distribuirmos por toda a cadeia da iniciativa privada as faixas etárias dos mais jovens e tentarmos repassar para eles esse custo, realmente fica inviável, porque as pessoas não vão participar, porque os jovens realmente as exigências de saúde são muito menores. O próximo, por favor. Isto aqui é em gráfico onde se nota aquela queda da parte mais jovem, e aqui no vermelho e no azul, a subida daqueles pessoas de 60 anos em diante. Próximo. Bem, a ética da nossa área sempre foi



bastante considerada, principalmente no que diz respeito à ABRAMGE. Tanto é que foi uma preocupação constante que nós criamos o CONAMGE. Nós temos um Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo, inclusive com implantação num código de ética empresarial, código esse que foi aceito. Ele é aceito por todas as empresas que são associadas à ABRAMGE, e é evidente que só poderão ser associados quem aceita esses tipos de controle por este Código de Ética. É importante ressaltar que é um código de ética empresarial. Jamais poderia ser Código de Ética médica, uma vez que o Código de Ética médica é uma prerrogativa dos conselhos regionais. O CONAMGE, nós temos o *call free* dele também aí para quem quiser: 0800-117511. Inclusive os médicos, os usuários que se sentirem prejudicados, desde que seja uma das empresas nossas associadas, poderá recorrer ao CONAMGE, que tem resolvido com sucesso, administrativamente, a grande maioria dos casos. O próximo, por favor. Alguns tens do Código de Ética que dizem que se deve usar os melhores recursos, os mais avançados, enfim, deve-se trabalhar pelo benefício do paciente. Enfim, aqui há uma série de coisas, nós vamos deixar aqui à CPI o livreto e inclusive este Código de Ética. Próximo. *(Pausa.)* Terminou. É só isso. Agradeço, Sr. Presidente, a paciência por nos ouvir e ficamos à disposição dos senhores para qualquer pergunta que os senhores, eventualmente, queiram nos fazer. Muito obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Nós que agradecemos a participação ainda parcial aqui do Dr. Arlindo Almeida, porque, posteriormente, ele retomara e poderá ter mais algum tempo para falar aquilo que eventualmente não tenha dado tempo. *(Pausa.)* Bem, aqui eu vou convidar o Dr. Florisval Meinão, Diretor de Defesa Profissional da Associação Paulista de Medicina, e aproveito para esclarecer a todos que nós sempre temos várias entidades representativas dos médicos e de outros profissionais. Mas devido à circunstância que vocês perceberão com a exposição do Dr. Florisval, ele vai falar, e este foi um convite dirigido, ele vai falar em nome da experiência que os profissionais têm e vai exemplificar possivelmente. Eu estou dizendo isso, porque ele já antecipou, para dar uma justificativa aos demais dirigentes dos médicos presentes, a quem cumprimento. Dr. Florisval.



**O SR. FLORISVAL MEINÃO** - Boa-tarde a todos. Boa-tarde, Deputado Arlindo Chinaglia. Ao cumprimentá-lo, eu gostaria de cumprimentar os demais componentes da Mesa. Agradeço, em nome da Associação Paulista de Medicina, a oportunidade de nos pronunciarmos. Eu gostaria de dar a visão que as entidades médicas, que a classe médica tem a respeito do sistema suplementar de saúde. Trata-se de um sistema marcado por inúmeros conflitos — daí a razão inclusive desta CPI. Esses conflitos surgem entre médicos e empresas e operadoras de planos de saúde e, principalmente, conflitos entre usuários e empresas. Esses conflitos são de inúmeras ordens. A Lei nº 9.656, que buscou resolver essas questões, ela infelizmente não conseguiu ser abrangente o suficiente para contemplá-las. E, portanto, esses conflitos persistem. E nós vamos expor a vocês um pouco daquilo que a Associação Paulista de Medicina tem tido conhecimento. Nós temos um *site*, e este *site* é aberto à população e aos médicos, e através dele nós tomamos conhecimento das inúmeras reclamações e das inúmeras circunstâncias que as diferentes pessoas procuram a Associação Paulista de Medicina, no sentido de buscar alguma ajuda, algum esclarecimento. Fizemos um levantamento, e um dos problemas mais graves que se queixam os usuários é a questão da negativa de atendimento, a questão relativa às coberturas. Essa questão permanece em aberto, e nos parece que é uma questão muito séria. São inúmeros os casos. A gente fala isso, dá a impressão de que é um item a mais, mas é preciso viver o drama que essas pessoas encontram, no momento em que elas procuram atendimento e lhes é negado. Tivemos casos de mulher grávida, por exemplo, no oitavo mês; a maternidade foi descredenciada, não foi substituída por uma outra; a gravidez segue o seu curso natural, e as pessoas todas, desesperadas, procuram encontrar uma solução para aquilo. Tivemos casos de pais de crianças com quadro clínico importante, de madrugada, que procuravam hospitais etc. e chegavam nesses hospitais e havia lá uma inscrição de que não se atendia mais aquele plano de saúde; havia lá informação de que aquele plano foi descredenciado. Pessoas com doenças importantes que procuram os planos de saúde e, exatamente naquele momento, eles descobrem que o seu contrato não dá cobertura àquele plano. Isso era muito comum. Aqueles contratos eram contratos que as pessoas leigas não conseguem compreender aqueles termos técnicos e só ficam sabendo que não



serão atendidas no momento em que aquela doença aparece. E aí fica uma situação muito difícil, porque ele tem que procurar os seus direitos na Justiça, e o desenrolar das doenças não obedece obrigatoriamente o desenrolar das soluções judiciais. E as pessoas procuram buscar uma solução alternativa. Eu me lembro bem de um caso que ficou marcado: o pai de uma criança que tinha uma doença com uma plaquetopenia importante, uma doença hemorrágica, que precisava fazer uma cirurgia para retirar o baço, e ele descobriu que, quando foi indicada a cirurgia, o plano não cobria aquele procedimento. E o pai, desesperado, com a criança hemorrágica — nós tentamos intervir, argumentar junto à empresa, não conseguimos sucesso e essa criança acabou sendo operada —, o pai foi obrigado a buscar recursos emprestados etc. para fazer a cirurgia como paciente particular. São casos marcantes, que mostram que essa situação precisava de solução. De certa forma, a legislação resolveu esses problemas, porque ela proibiu as restrições. Então, através dos contratos novos, é certo que essas restrições não são mais permitidas e de uma forma acertada. Nós sabemos que ainda se tenta reverter isso e se vender planos segmentados e que na minha opinião, na nossa opinião é um erro grave. Eu acho que a saúde não pode ser dividida. À saúde tem que ser dado um atendimento integral. Os juristas que aqui nos antecederam já deixaram bastante clara essa questão. E, portanto, a lei de certa forma contemplou. Mas a lei cometeu um grave equívoco. Ela não contemplou as relações entre médicos e empresas. Essas relações, essa contratação dos médicos com as empresas ficou pela legislação em geral e não há uma legislação específica. E os médicos hoje têm uma enorme dificuldade e um enorme conflito com as empresas. Um dos itens que é o item marcante é a questão dos honorários profissionais. Os médicos hoje recebem praticamente os mesmos valores que recebiam há seis anos. E o colega que falou em nome dos prestadores já disse que estão há 9 anos sem reajuste. Isso é uma verdade. Muitos médicos hoje são obrigados a fechar o consultório ou a aumentar o tempo de jornada de trabalho, que dificulta inclusive a sua educação continuada, o seu aperfeiçoamento para poder fazer frente às despesas que cresceram nesse período, e cresceram bastante. Nós tivemos uma inflação relativamente alta nesse período de 6 anos e os médicos não foram, efetivamente, reajustados. Deve-se dizer que durante todo esse período as empresas tiveram reajustes autorizados pela



Agência Nacional de Saúde e esses reajustes sempre foram acima dos índices de inflação. Mas nada foi repassado aos médicos. Esse é um problema que nós consideramos de grande relevância e, talvez, aquilo que do ponto de vista dos associados de planos de saúde é mais marcante é a pressão que o médico sofre para conter despesas. Eu acho que essa é uma questão de grande importância. O médico hoje é bastante pressionado para conter. Vocês vão ver alguns depoimentos aqui de casos que são escabrosos, de colegas que foram pressionados. Existe até aí um sistema que o Conselho Federal de Medicina repudia, que as empresas ligadas ao grupo da UNIMED estão lançando mão, que é chamado de meta referencial. Vocês vão ver um exemplo aqui de um fato que aconteceu, que um colega vai expor especificamente um caso. Essa meta referencial nada mais é do que o seguinte: o médico tem um limite de exames e de procedimentos que ele pode realizar naquele mês. Ele não pode ultrapassar aqueles limites. E se ele ultrapassar, os exames são realizados, mas são descontados dos honorários dos profissionais, o que é uma coisa absurda. E isso tem sido praticado, apesar de ser condenado pelo Conselho Federal de Medicina. Portanto, esse é um exemplo de um mecanismo pelo qual o médico é pressionado para conter despesas. E já foi dito aqui que as doenças, elas não escolhem o seu momento de aparecer. Elas surgem e o médico tem que ter um compromisso com a população. O médico vive um dilema ético, porque de um lado ele tem essa pressão toda e hoje, infelizmente, o mercado de trabalho para o profissional é dominado pelas empresas de medicina de grupo, pelas empresas operadoras de plano de saúde e planos e seguro de saúde, como um todo. Quer dizer, para o médico estar no sistema, ele é obrigado a aceitar as condições que lhe são impostas. E de outro lado, ele tem um compromisso com a sua profissão, um compromisso ético-profissional que o obriga a realizar para aqueles pacientes todos os procedimentos técnicos e científicos que a medicina no momento está apta a desenvolver. Portanto, é uma situação que nós, particularmente, vivemos, uma situação que necessita de uma solução. E se me fosse permitido sugerir aos senhores legisladores algo que viesse a beneficiar o sistema, eu diria que o mais importante, uma das coisas de grande importância é tratar da regulação das relações entre prestadores de serviços e operadoras. Isso precisa ser regulamentado devidamente, porque não se pode permitir, através da





não-regulamentação, todas aquelas medidas restritivas que antes eram impostas nos contratos. Hoje elas são viabilizadas por pressão sobre os profissionais médicos. Então, na prática, a situação continua a mesma, ou seja, o usuário de plano de saúde, quando adquire um plano de saúde, não tem a certeza absoluta de que o dia em que ele ficar doente efetivamente vai ser atendido como deveria ser e pelo que ele está pagando. Portanto, se nós pudéssemos deixar uma sugestão, eu acho que essa é a sugestão que nós deixamos. Eu queria aproveitar os poucos minutos que restam e eu gostaria de falar de algo que eu considero uma situação muito preocupante para a classe médica no Estado de São Paulo, especialmente na cidade de São Paulo, que é a questão que envolve a UNIMED de São Paulo. É uma empresa... Eu não posso deixar de relatar esse fato aos senhores legisladores, porque, na verdade, é preciso que o Poder Público tenha uma posição sobre isso, porque o que se fez ali é algo que foi muito prejudicial aos médicos cooperados e à população como um todo, que comprou um plano de saúde e hoje se vê nessa situação a que evoluiu a UNIMED de São Paulo. Era uma empresa com 400 mil associados, talvez a maior empresa na cidade de São Paulo. Ela nunca se comportou como uma cooperativa propriamente dita, porque os cooperados tinham muito pouco acesso. Nas próprias legislações internas, no regimento interno, para que um cooperado chegasse a ser diretor, ele tinha que cumprir algumas etapas que eram cargos de confiança. Portanto, somente aqueles indicados pela diretoria poderiam ser eleitos. E a verdade é que essa empresa num dado momento apresentou um enorme déficit. Ela chamou uma assembléia para tentar cobrir esse déficit, essa assembléia rejeitou com veemência. Era um déficit de 15 a 20 milhões. Posteriormente, uma auditoria feita por uma empresa renomada, independente, demonstrou que era um déficit de 300 milhões de reais. Essa empresa acumulou esse déficit de 300 milhões de reais. Foi feito um processo de direção fiscal pela Agência Nacional de Saúde. Essa Agência Nacional de Saúde passou, portanto, a monitorar o que evoluiu posteriormente e assumiu uma nova diretoria. Essa nova diretoria que assumiu — até o colega presidente está aqui presente — permaneceu durante um certo tempo e depois não sabemos o que houve. Mas a verdade é que se trocou essa presidência e assumiu uma nova presidência. E os médicos de um modo geral, preocupados com essas idas e vindas e incertezas e as



dificuldades de acesso às informações, muito deles acabaram saindo da cooperativa. E a realidade é que desses médicos começaram a ser cobrados valores exorbitantes. Médicos que tinham uma produção pequena de 300, 400 reais por mês eram cobrados em valores de 70 a 80.000 reais. Era uma situação absolutamente absurda. Existe um processo da diretoria, que foi recém-eleita, contra o os ex-diretores. Esse processo é de um bilhão e meio de reais; esse processo encontra-se parado. A Agência Nacional de Saúde decretou uma liquidação extrajudicial da empresa no final do mês de... em janeiro deste ano. Essa liquidação, nós temos dúvidas se ela está sendo feita de maneira a contemplar as necessidades de esclarecer o que se passou, os médicos cooperados não estão tendo acesso. É absolutamente opaca essa liquidação extrajudicial. Os médicos cooperados não têm acesso à lista dos credores que estão sendo credenciados. Existem negócios que foram realizados, que são fortemente suspeitos. A venda do patrimônio, em especial a venda da UNIMED-E, que era uma empresa agregada, ela foi feita de uma forma obscura. As diretorias anteriores da UNIMED criaram uma série de empresas agregadas, UNICRED, UNIMED Participações etc., que, através de contratos nebulosos, poucos esclarecidos e alguns que até desapareceram hoje do processo de liquidação, certamente foi por onde se esvaiu todos esses recursos. Eu digo isso porque saiu recentemente a notícia de que um ex-diretor da UNIMED foi pego pela CPI do BANESTADO, que enviou, na época da intervenção da Agência Nacional de Saúde, ele enviou ao exterior 2 milhões e meio de reais. Portanto, existe uma vinculação de tempo muito próxima entre o momento em que a Agência Nacional de Saúde fez o processo de intervenção fiscal e o envio de 2 milhões e meio de reais por um desses diretores. Até nós fazemos um pedido aos Srs. Parlamentares, que vou deixar toda essa documentação a respeito da UNIMED com o Sr. Relator e que se investigasse se, efetivamente, outros diretores não fizeram essa remessa, porque a verdade é que, aparentemente, todos se acertaram e essa conta ficou para ser paga por alguém, e certamente essa cobrança virá dos médicos cooperados que nunca exerceram o papel efetivo de sócios da empresa. Eu acho que era isso que eu tinha a falar. Muito obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Agradecemos ao Dr. Florisval. Repito que esta nossa instalação aqui não é usual da Câmara Federal. Até



nos permite trocar algumas idéias aqui, mas queria dizer ao Dr. Florisval e aos presentes que, a partir dessa documentação, a CPI poderá e, se tiver segurança, deverá, porque nós vamos apresentar proposta de quebra de sigilo fiscal e bancário dos diretores, mas eu quero dizer isso em tese, dependeremos de mais e melhores informações. Se a documentação for suficiente, faremos. Se não for, possivelmente nós chamaremos novamente o Dr. Florisval para, em sessão pública ou reservada, apresentar mais elementos para que a CPI possa cumprir mais e melhor o seu papel. Bem, ainda vai ter o chamado segundo bloco, só para que todos aqui entendam, onde nós vamos ouvir depoimentos que não têm o sentido da exploração fácil da desgraça alheia. É exatamente porque, quando se fala do sistema, quando se fala em tese, quando se fala no geral, creio que é importante para os Parlamentares, aqueles que ainda não puderem ter experiências concretas, porque as pessoas vão ser convidadas, vão relatar casos representativos e vão dar nomes de operadoras de planos. A partir daí, a CPI poderá ou não tomar medidas específicas referentes aos planos, às seguradoras, às operadoras, aos prestadores de serviços que vierem a ser citados. Mas isso vai ser a segunda parte. Então, agora, nós vamos abrir a palavra aos Srs. Deputados. Vou propor aqui uma metodologia pela ordem de inscrição; que cada Parlamentar faça a consideração que julgar oportuna naquele nosso tempo regimental, que são de 3 minutos, e que, ao fazerem perguntas, quem for fazer, por gentileza, endereçá-las, porque pode ser até que haja uma ou outra pergunta que mais de um possa responder, mas, para dar agilidade e a gente poder retomar determinados temas, eu sugeriria que, quando perguntarem, endereçassem a um dos nossos convidados. Sugiro que nossos convidados fiquem onde estão. Ao final, vamos dividir. Há quantos Deputados para falar? São quatro. Então, poderíamos fazer uma primeira rodada. Os Parlamentares farão as perguntas, os convidados que forem perguntados anotem e depois vamos convidar cada um dos convidados para responderem, tentando acertar aqui na forma. Se não der certo a gente faz de outra maneira. Pela ordem, vai usar a palavra o nosso Relator, Deputado Dr. Ribamar Alves.

**O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES** - Sr. Presidente, colegas Deputados, senhores palestrantes presentes a esta Casa, senhoras e senhores, quero, em primeiro lugar, dizer da honra de estar aqui em São Paulo e poder



participar, como Relator da CPI, desta sessão de audiência pública muito enriquecedora. Como dizia ainda há pouco ao Deputado Mário Heringer, a CPI começa a tornar-se redundante devido os depoimentos e à análise do quadro da problemática que deu origem ao requerimento do Deputado Henrique Fontana. Os problemas são os mesmos detectados pelo IDEC e que vêm-se repetindo a cada audiência que nós participamos. E hoje vimos o Dr. Rizatto, que falou bastante sobre a legislação vigente, o problema do risco, que é do empreendedor; o Dr. Zanellato, promotor de vasta experiência, constatando alguns casos e vindo a corroborar tudo aquilo que a gente já procurou fazer. Quando estive com o Ministro Vidigal e por último tivemos a presença do Ministro Luiz Fux, numa audiência pública na semana passada, nós estamos buscando, para quando formos propor alguma modificação na Lei nº 9.656, a jurisprudência já existente para evitarmos o conflito. E o mais importante daqui — não tínhamos perguntas para fazer devido ao fato da redundância da problemática — é essa denúncia feita pelo Dr. Florisval em relação à UNIMED de São Paulo. Então, acho que está aí o fato importante da CPI e que nós devemos então buscar guarida na lei para podermos investigar mais a fundo o que aconteceu. Ademais, quero apenas parabenizar os palestrantes e agradecer a todos que aqui vieram. Anotamos todos os dados para compormos o nosso relatório final.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Obrigado, Deputado Ribamar, nosso Relator. Agora com a palavra o Deputado Mário Heringer.

**O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER** - Boa-tarde, senhoras e senhores. O Deputado Ribamar fez a colocação aqui agora com relação à redundância num determinado momento da CPI. É verdade que muitas coisas se repetem, mas efetivamente hoje aqui algumas coisas ficaram claras e diferenciadas para mim, me trouxe alguma novidade, sim. Uma delas é que a UNIMED é um plano de saúde como qualquer um outro. Escondido sob o manto do cooperativismo, comete as mesmas besteiras que todos cometem. A segunda coisa que apreendi aqui hoje é que a corda continua arrebatando no lado do mais fraco. Antes do advento da 9.656, a pressão era nos contratos, como citou o Dr. Rizatto e o Dr. Zanellato; a pressão era nos contratos sobre os usuários. Restringia o número de dias de internação, criava-se as restrições contratuais, aparentemente legais. Com a 9.656, esse nicho de sufoco foi protegido e vamos apertar por outro lado. Vamos apertar



onde? No prestador. E não pagamos ao prestador o seu reajuste do ponto de vista médico desde 1994, se não me engano, e os prestadores hospitalares, desde 1998. Aí se pensa: mas como é que foi feito isso? A Agência Nacional de Saúde está dizendo aqui que ela não é contemplada, ela não contemplou os médicos na sua legislação. Mentira. Se nós formos ler a 9.656, ela fala da relação do prestador como tomador, sim. O que nós tivemos e ganhamos de presente foi uma Agência Nacional de Saúde suplementar omissa, com uma direção omissa. Ela não prestou atenção no trabalho que ela tinha que executar. E isso vai ficando claro à medida que a gente vai escutando, mesmo que repetitivamente, as queixas, que isso vem corroborando para a gente, que a gente meteu o dedo numa ferida que precisa ser tratada, e tratada adequadamente. Eu tenho certa facilidade nesse assunto, porque estou nas contas, sou usuário, sou médico, eu sou prestador de serviço e estou muito perto dessas dificuldades. O Dr. Zanellato fez uma colocação aqui com respeito a aumentos que não guardam relações com custos. A gente nunca vai conhecer o custo, porque nós não conhecemos nem a epidemiologia da assistência suplementar de saúde. Nós não temos um formulário uniformizado no Brasil, como tem em todos os outros países, onde a gente possa conhecer o que está acontecendo, até para gerar uma saúde pública suplementar, quer dizer, uma política suplementar para esta saúde. Então, o que a gente vem acumulando durante esta CPI é muito conhecimento. Dr. Rizzato, gostaria de perguntar para o senhor, uma vez que a frase foi do senhor, que o risco é do empreendedor e que o cheque-caução é um abuso: qual é a relação que deveria ocorrer onde existem dois contratos neste processo? É o contrato do usuário com o tomador, é o contrato do prestador com o tomador. Quem paga a conta, se toda a conta tem que ser paga? E qual seria uma fórmula correta e justa do ponto de vista do Poder Judiciário, para que esse problema pudesse ser equacionado adequadamente? Dr. Arlindo, é com relação ao serviço, à parte social dos planos de saúde. Conhecendo aquela distribuição por faixa etária e sabendo que os planos de saúde atendem em torno de 80% das pessoas ligadas a plano empresa, 20% são usuários pessoas físicas, qual é a distribuição etária desses pacientes ligados a planos de empresa, na faixa produtiva? Essas pessoas, normalmente, não estão naquele final de faixa onde o custo é maior. Gostaria de saber se o senhor tem esses dados para informar. Muito obrigado.



**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Obrigado, Deputado Mário. Passo a palavra ao Deputado Paes Landim.

**O SR. DEPUTADO PAES LANDIM** - Sr. Presidente, Sr. Relator, colegas, senhoras e senhores aqui presentes, acho que os depoimentos todos foram construtivos. Faria uma pergunta rapidamente ao Prof. Pizzato, embora ressaltando que aqui tanto o depoimento do Dr. Florisval e do Dr. Arlindo são muito balizadores em termos realmente de se fazer uma reflexão a respeito dos planos de saúde em nosso País e até para a formulação do parecer do nosso eminente Relator, aqui presente. Vê-se que é um problema de custo e benefício, preço, etc., essa equação muito bem aqui destacada pelo Dr. Arlindo de Almeida. E esses fatos graves que o Dr. Florisval aqui também apontou, que acho um pouco também, como às vezes uma missão das autoridades nesse processo todo, para chegar ao que ele aqui aventou... Eu discordaria aqui do eminente colega, esse bravo Deputado e grande médico, porque isso não significa que todos tenham comportamento igual, porque eu tive mais sorte, então, com os planos de saúde, é até fui surpreendentemente bem sucedido, uma vez que até não declinei a condição de Deputado, poderia ser que a condição favorecesse isso. Mas o Prof. Rizatto, juiz e professor de Direito Constitucional, falou um fato que merece realmente uma profunda análise. Ele disse o seguinte: o empreendedor pode correr risco; o usuário, nunca. Eu concordo que o usuário nunca deva correr risco. Agora, mas se você tem a relação de preço, custo etc., você também, se o Estado não dá para atender toda a demanda da saúde pública do País, aí você tem o setor privado, que preenche, bem ou mal, mas preenche essa demanda, pelo fracasso, pela deficiência da Saúde Pública do País, ou insuficiência de atendimento dela. Agora, há um princípio constitucional bem claro: a saúde é dever do Estado. Então, precisamos refletir aí, professor, alguém pagaria esse custo, não é? E se o Estado não dá para preencher toda a demanda da saúde pública da sociedade e se é obrigado a se recorrer ao setor privado, não se pode também levar o setor privado à falência, porque iria agravar o quadro de saúde do País. Então, nesse caso, já que a Constituição diz que a saúde pública é dever do Estado, eu acho que esse é um princípio constitucional que também deveria ser levado em conta. E é isso que eu levaria para uma pergunta para sua



reflexão, para o professor brilhante, como o eminente professor e juiz demonstrou aqui com o seu depoimento.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Obrigado, Deputado Paes Landim. Passo a palavra ao Deputado Jamil Murad.

**O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD** - Srs. Deputados, senhores participantes desta audiência, esta audiência tem a mais alta relevância em defesa da economia popular. São 23 bilhões de reais por ano, escrito aqui, confirmado pelo Presidente da ABRAMGE — 22 bilhões na projeção dele —, e para atender 35 milhões. Nós somos 175 milhões; os outros... O Orçamento do Governo Federal para o ano de 2004 é de 29 bilhões; só para se ter uma idéia do volume de dinheiro, do volume de recurso que nós estamos tratando nessa audiência, entre aqueles de boa-fé, que compram o plano de saúde, e o que as leis, as autoridades e aqueles que vendem o plano de saúde, como eles se comportam. É importante fazer aqui esse registro. Eu queria cumprimentar os expositores, particularmente o Dr. Florisval, que fez uma exposição muito importante aqui, olhando do ponto de vista dos profissionais que têm os seus direitos burlados todos os dias, assim como o presidente da entidade que representa os laboratórios. Quer dizer, hospitais, santas casas, médicos e laboratórios não têm nenhuma garantia de repasse dos aumentos destinados aos planos de saúde pela Agência Nacional de Saúde — não têm nenhuma garantia; pelo contrário, os valores estão congelados. Então, há um abuso contra os prestadores, hospitais e laboratórios, e um abuso contra os médicos, porque sem médico não tem plano de saúde. Eu quero ver o dono do Bradesco ou o dono do Itaú, ou da Medial, ou da Samcil, eu quero ver eles atenderem isso; eles atendem através dos profissionais e dos laboratórios que realizam os exames e dos hospitais que fazem o tratamento. Só que esses a lei não protege. Que diabo que certas figuras públicas, certas autoridades falam em regulamentar os planos de saúde, mas eles garantiram direitos de planos, mas não garantiram aqueles que realmente atendem a população. Bom, existe um abuso contra o paciente. Ontem à tarde, eu já tinha intervindo nesse processo. Uma jornalista, D.N., ela chegou num hospital da Medial Saúde, lá em São Miguel Paulista, falaram que não era nada grave. Passado um pouco, 1 dia ou 2, ela veio no Samaritano. Os médicos identificaram como uma grave doença, estava em torpor, com rigidez de nuca, com sinais sistêmicos de



septicemia. Ela foi internada por determinação dos médicos. E o Plano Medial Saúde queria colocá-la para fora: ou dava um cheque-caução de 30 mil reais ou levava a doente embora. Eu fui acionado em Brasília, tinha parentes que conheciam a paciente em São Miguel Paulista. O irmão trabalhava no fórum de São Miguel, e ele conseguiu essa decisão judicial para que ela fosse tratada. E a mulher está viva, mas passou um risco grave de vida se ela tivesse seguido a orientação, a pressão e o abuso da Medial Saúde. Então, a minha pergunta é a seguinte, Dr. Arlindo de Almeida, que é presidente da entidade que representa os planos de saúde: por que tanta impunidade aos planos de saúde, dos associados da sua entidade? Qual relação que tem com a Agência Nacional de Saúde, que parece que não toma nenhuma medida para proteger os pacientes? Segundo: por que as empresas gastam horrores com *marketing* e economizam com o atendimento do paciente que comprou o serviço, comprou o atendimento? É uma pergunta que eu faço ao Presidente da ABRAMGE. A ABRAMGE já puniu alguma empresa associada por lesar os pacientes? E última pergunta: o que a ABRAMGE pode fazer com a Medial Saúde, que fez isso que eu descrevi, está comprovado, e está no fórum. No dia 2 de fevereiro de 2004 vai ter uma audiência para saber... O conflito continua. A Medial quer receber o dinheiro, a mulher não tem o dinheiro para pagar e quase perdeu a vida. Mas o processo não acabou. O que a ABRAMGE pode fazer com uma associada que comete esse abuso contra o paciente? Obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Obrigado, Deputado Jamil. Eu quero anunciar a presença aqui entre nós do Deputado Estadual do PT, Sebastião Arcanjo, que pelo menos entre nós é conhecido de Tiãozinho, com todo o respeito. E quero convidar o Deputado Sebastião para vir até a Mesa, como nosso anfitrião, caso queira e possa. E eu agora vou também fazer algumas observações, como membro da CPI. Eu penso que é oportuno para nós. Os Deputados e todos os presentes, observamos alguns pontos centrais desse debate. E já o nosso primeiro convidado, o Dr. Rizzato Nunes, colocou que o risco não pode ser transferido para o paciente, o risco do empreendimento econômico, depois de ter apontado que na Constituição a dignidade humana está acima de qualquer atividade econômica. E mais adiante ele também abordou aquilo que ele definiu como inteligência do sistema no sentido da sua autoproteção. Qual é a conclusão a que eu chego com as





suas observações? É proibido ter prejuízo nesta atividade, tal qual é o procedimento dos seguros, convênios, planos etc. E a pergunta que eu faço para o senhor é se essa conclusão a que eu cheguei da sua exposição é isso. E de que maneira, além do Código de Defesa do Consumidor, o senhor identifica que nós possamos agir para que prevaleça a Constituição? Com referência ao Dr. Luiz Roberto Del Porto, ele é, em certo sentido, para o segmento que aqui representa, ele repetiu e coincidiu observações com outras abordagens, do tipo *“há 9 anos não há reajuste”*. Mas o que eu considere grave — gravíssimo — na exposição do senhor foi o senhor ter dito aqui, publicamente, que, em consequência do não-reajuste dos insumos da atividade laboratorial e outras atividades serem parelhos com o dólar, implica migração de metodologias corretas, modernas, que dão diagnósticos mais precisos, para procedimentos não tão precisos, ou seja, há queda na qualidade. A pergunta que eu faço: que controle é feito pela fiscalização atual quanto à qualidade do serviço prestado pelos laboratórios, clínicas, consultórios de imagens etc.? Em segundo lugar, o que a entidade que o senhor representa propõe para que esse controle em defesa do interesse da população seja feito? E creio que esse é o ponto alto da sua fala, não menosprezando a questão do descredenciamento, mas do ponto de vista daquilo que é o objetivo da CPI. Penso que isso é altamente relevante. O Dr. Marco Antonio Zanellato trabalhou, e bem, aquilo que são cláusulas e/ou práticas abusivas. E foi dando exemplo do descredenciamento, da restrição a consultas, que nem sempre o princípio de boa-fé é respeitado, porque se cria uma expectativa que não se cumpre — todos aqui lembram-se do que ele disse. Ele fez duas observações e eu gostaria que ele nos ajudasse mais. Uma foi se o reajuste das mensalidades guarda relação com os custos. Esse talvez seja o maior desafio desta CPI. A ANS recebe relatórios, tem procedimentos, mas pelo que já ouvimos várias vezes há um reajuste concedido e ele não é repassado aos prestadores — falando de maneira bem larga. A ANS já foi instada, por meio de requerimentos, mas não nos forneceu informações. Ela vai ser convidada ou convocada para vir à CPI. Pergunto se, na opinião do senhor, é ou não necessário que a CPI quebre sigilo fiscal e bancário. Como quebra é um termo inadequado, é necessário que haja transferência do sigilo bancário para a CPI, para que possamos, de fato, identificar margem de lucro, quais são os custos. Faço a pergunta ao senhor pelo óbvio, pois



toda vez que uma CPI propõe quebra de sigilo sempre há argüição de que não é necessário. Quero dizer ao senhor que, na minha opinião, é mais do que necessário. Se esta CPI não o fizer, dificilmente nós faremos o diagnóstico que queremos fazer. E o diagnóstico não significa atacar quem quer que seja. Pode até acontecer uma redução de margem de lucro, isso pode até ser consequência, mas é exatamente para termos um sistema — já entrando no segundo ponto que o senhor abordou, que o juiz tem de buscar o equilíbrio entre a eficiência econômica e a justiça social. Além de cumprimentá-lo pela síntese, que acho adequada, penso que é papel do magistrado, mas nós, da CPI, com mais elementos, podemos até aperfeiçoar a legislação, exatamente para que haja equilíbrio financeiro. É um contrato. Se as pessoas quiserem, elas pagam. O que não pode acontecer é iludir a boa-fé e também haver um desequilíbrio econômico. Na minha opinião, é uma atividade altamente lucrativa. Ao Sr. Arlindo Almeida eu pergunto que mudanças, na sua opinião, devem ocorrer — se é que devem ocorrer — no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A pergunta é dirigida ao senhor exatamente porque, evidentemente, ao fazer a abordagem, o senhor relatou, inclusive, a redução do número de usuários, vinculou a questão do desemprego, dos baixos salários. O senhor é um homem experiente e sabe que representa um segmento que pode haver falha no sistema e o senhor gostaria de expor. Uma das que eu identifico é em relação à ANS. Pergunto ao senhor se teria alguma observação a fazer referente à ANS. Convido agora cada um daqueles que foram instados a responder. Em primeiro lugar, o Dr. Rizatto Nunes. Além de mim, os Deputados Mário Heringer e Paes Landim também fizeram-lhe perguntas. Ocupe o lugar à mesa, por favor. *(Pausa.)* Normalmente, o tempo para as respostas é de 3 minutos, mas como é impossível responder a todos nesse tempo, faça o senhor um esforço para responder usando o menor tempo possível. Pode passar de 3 minutos.

**O SR. LUIZ ANTONIO RIZATTO NUNES** - Obrigado. A primeira questão, feita pelo Deputado Mário Heringer, é fundamental e às vezes de difícil entendimento até para os operadores do Direito. Qual a relação jurídica que envolve a administradora do plano de saúde e o prestador de serviço direto? Ambos são prestadores de serviço, na verdade. A situação que eu usei foi aquela de um paciente infartado e levado, pela esposa, a um hospital, que exige cheque-caução



para garantir eventual não-cobertura pelo plano de saúde. Assim é que é tratada a questão. Perguntaram-me como resolver isso, pois, afinal, alguém tem de pagar. Do ponto de vista estritamente legal, a solução já está dada pelo sistema. O parágrafo único do art. 7º, combinado com o art. 30 do Código de Defesa do Consumidor deixam claro que o que compõe a relação de consumo é a oferta. Isto é, quem vai ao plano de saúde é vulnerável, pela determinação legal — pelo art. 4º do Código de Defesa do Consumidor. E no caso específico também é hipossuficiente, porque o consumidor não sabe como funciona o serviço de planos de saúde — aliás, esta CCP está constatando que ninguém sabe como funciona nenhum serviço das administradoras de plano de saúde. Se ninguém lá sabe, imaginem o consumidor, que é apenas um pagador! O consumidor não sabe como funciona. Ele recebe uma oferta, geralmente por mídia — caríssima, com bem foi lembrado — de que vai receber atendimento à saúde, em tais hospitais, com tais médicos, em tais especialidades etc. Ao receber essa informação, que está no contrato, o consumidor recebe um pacote pronto de prestadores que são solidários, são responsáveis solidários pela prestação de serviços, incluindo aí médicos e laboratórios. Todos são solidários, todos respondem objetivamente pelos serviços prestados ao consumidor — isso está previsto no art. 14 do Código de Defesa do Consumidor. Assim, uma vez que o consumidor anuiu aquele plano, aquele contrato, e está pagando, ele tem o direito de não ser constrangido para receber todo tipo de atendimento. Se ele paga ao plano de saúde e vai ao hospital, este, que é conveniado ao plano de saúde, não pode fazer nenhum tipo de exigência além daquilo que está no contrato. Se ele é pagador, se atende ao plano de saúde, tem de ser internado, e acabou. Com relação ao cheque-caução, quero consignar que, nesse caso, o Judiciário é praticamente consensual em condenar. Os consumidores têm conseguido, inclusive, liminares para serem atendidos, apesar do cheque-caução. Parece não restar dúvida alguma em relação à questão jurídica.

**O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER** - Eu queria fazer uma intervenção. Para começar, o exemplo que o senhor citou não é adequado, porque, em emergência, eu não conheço nenhum hospital que não tenha atendido ninguém sem o cheque-caução.



**O SR. LUIZ ANTONIO RIZATTO NUNES** - Desculpem-me. Já que estão falando que hospital não faz isso, vou relatar que eu sofri na pele. Internei minha avó, que estava em coma. Foi exigido do meu pai, que estava lá, enquanto eu estacionava o automóvel, que deixasse um cheque-caução. Então, não é verdade. Meu pai deu o cheque, nós fomos à polícia, fizemos a denúncia pelo art. 146 do Código Penal, porque eu sei que posso, porque conheço a lei — aliás, esse é um dos problemas do consumidor no Brasil: ele não sabe como se defender. Meu pai entregou o cheque e sustou o pagamento do cheque, porque era um ato ilegal. Fomos à polícia. Então, isso se faz.

**O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER** - O senhor foi num hospital que precisa de cuidados do Conselho Regional de Medicina, pois é uma porcaria.

**O SR. LUIZ ANTONIO RIZATTO NUNES** - Deve haver outros.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Deputado Mário Heringer, vamos deixar o convidado responder a todas as perguntas antes que V.Exa. e outros façam, ou não, uso do direito de réplica. Quero adotar aqui uma atitude para toda a reunião.

**O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER** - O Sr. Presidente não pede, o Sr. Presidente manda. Eu paro.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - V.Exa. faça sua observação, mas vamos em seguida adotar o ritmo geral.

**O SR. LUIZ ANTONIO RIZATTO NUNES** - Vou tentar responder de modo a evitar o problema. Não sei se isso é feito. Posso até partir da suposição de que não seja feito. Tomara que não seja feito.

**O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER** - Nós 2 generalizamos.

**O SR. LUIZ ANTONIO RIZATTO NUNES** - Então, estamos felizes: ninguém faz. Mas, se fizer, é ilegal, e quem fizer responde diretamente por essa exigência, que não pode ser feita.

**O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER** - Perfeito.

**O SR. LUIZ ANTONIO RIZATTO NUNES** - Porque a questão jurídica, do ponto de vista legal, é muito simples: existe solidariedade na prestação de serviço. São todos parceiros, de um lado, e o consumidor, do outro: hospital, prestadoras de



plano de saúde, laboratórios, médicos, atendentes, todos são solidários. Isso é uma característica simples da lei.

**O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER** - Só fiz essa intervenção — e gostaria de continuá-la, pedindo desculpas à Presidência — porque o senhor também disse, ao início, que está pagando pelo plano. Acho que a grande dificuldade — e sei da responsabilidade solidária — é o estar pagando. O que vemos usualmente é a dúvida sobre se aquele necessitado que está à porta está no exercício pleno do direito, se está ou não pagando.

**O SR. LUIZ ANTONIO RIZATTO NUNES** - Sua pergunta é ótima para eu dizer que, do ponto de vista legal, mesmo a exigência do último documento quitado é ilegal. É risco do empreendedor estabelecer sistemas de controle claros e precisos de informática que hoje se fazem automaticamente *on line*, pela Internet.

**O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER** - Estamos chegando aonde eu queria chegar.

**O SR. LUIZ ANTONIO RIZATTO NUNES** - Ou seja, não há nenhuma desculpa de ordem fática para se exigir que a pessoa infartada tire do bolso a quitação do último mês. Isso seria um absurdo.

**O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER** - Perfeito.

**O SR. LUIZ ANTONIO RIZATTO NUNES** - Isso é risco da atividade. Se o empreendedor por acaso atender a alguém que não pagou, isso se chama risco do seu negócio: fi-lo porque qui-lo; faz porque quer, senão, fecha. É garantia constitucional. Vejam, não é opinião pessoal, mas está no sistema. (*Palmas.*) Pode ser que o melhor modelo não seja esse, mas é preciso mudar a Constituição Federal, que, aliás, está sendo bastante mudada, mas nesse aspecto ainda não foi. Pode até ser que o modelo não seja esse, pode até ser que se queresse uma outra atividade econômica, outros fundamentos. Pode ser. Eu aqui estou falando, e com toda esta ênfase — ênfase de professor, sou um professor muito velho, são 23 anos dando aula, e eu falo deste jeito ao dar aula. É o que está no sistema.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Vou interromper, porque não pode haver, como método...

**O SR. LUIZ ANTONIO RIZATTO NUNES** - É bom isso.



**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Bom se estivessem só os 2 aqui; há muita gente. Proponho que V.Sa. termine e, depois, o Deputado Mário Heringer fará as observações que julgar oportunas.

**O SR. LUIZ ANTONIO RIZATTO NUNES** - Já terminei.

**O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER** - Preciso de 30 segundos, e prometo nunca mais falar. O que fiz foi tentar provocá-lo exatamente para isso, porque existem mecanismos que a gente pode usar. O senhor falou da informática, da telefonia, que pode perfeitamente dirimir todos esses tipos de problema. O que acontece é que não se investe numa porcaria para acabar com um monte de problema. O que queria dizer é que se tivéssemos um serviço de 24 horas de atendimento para responder a essas questões financeira, nós não teríamos nenhum problema dessa ordem. Era só isso.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Obrigado. Ficou clara a questão da não-transferência do risco.

**O SR. LUIZ ANTONIO RIZATTO NUNES** - A segunda questão foi do Deputado Paes Landim, que mostrou algo que realmente se constatou, depois, pela exposição do Deputado Jamil Murad, que lembrou os números: realmente, de 23 bilhões de arrecadação para 35 milhões da população, os outros 130 milhões vão se virar com apenas 29...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Perdoe-me, mas a conta nem é essa. São 22 bilhões para atender, parcialmente, 35 milhões, porque esses mesmo 35 milhões, quase em sua integridade, também são atendidos pelo SUS.

**O SR. LUIZ ANTONIO RIZATTO NUNES** - Também. Então, a situação é grave. A pergunta que o Deputado Paes Landim me fez envolve então essa ausência do Estado e a responsabilidade do Estado. Eu queria ligar essa pergunta em parte à anterior, para dizer algo que me parece claro, que é um dos graves problemas do consumidor brasileiro. Eu já fiz a referência, o consumidor brasileiro, como qualquer consumidor em qualquer lugar do mundo na sociedade capitalista contemporânea, que hoje é globalizada, é vulnerável. Ele é apenas aquele que vai ao mercado comprar produtos e serviços que são oferecidos. O consumidor não define nada, não define característica de produto, característica de serviço; ele apenas pode ir comprar aquilo que é oferecido. Ora, no caso da prestação de



serviços à saúde, em primeiro lugar, é um tipo de serviço, como já foi dito, que envolve essa composição da garantia da vida na qual, no caso brasileiro, realmente o Estado não supre. Aliás, em nenhum lugar do mundo me parece que o Estado supre adequadamente a prestação de serviço à saúde. No caso brasileiro também. A pergunta que se faz, e às vezes ocorre até em defesas em processos judiciais e até em defesas do sistema de exploração da atividade econômica, é se o Estado, então, por sua ausência, eu acho que é essa a pergunta, não deveria de alguma maneira participar desse processo de subsídio dessa atividade. Bom, essa é uma questão política que poderia ser resolvida. Do ponto de vista estritamente jurídico é uma questão política que cabe ser discutida, mas a relação envolvendo esse lado de cá, consumidor e fornecedores, está bastante claro que aquele que recebe receita para explorar esse tipo de prestação de serviço é o responsável direto pelo atendimento da melhor padrão de qualidade possível, segundo as técnicas contemporâneas, e, eventualmente, também por responder objetivamente pelos danos que a má prestação de serviços possa causar. Bom, se o Estado deve ou não participar com alguma, talvez, parcela econômica no subsídio da manutenção desses planos de saúde, é uma decisão política, que, às vezes, é relevante. Evidentemente que como são empresas privadas que exploram essa atividade, pode acontecer mesmo de uma necessária intervenção que para salvar o número de usuários, 500.000, digamos 1 milhão de usuários, exija uma participação do Estado com a punição dos responsáveis. Então, prendam os administradores e salvem os consumidores. O que não se pode é, por conta da ausência do Estado, dizer que a iniciativa privada, então, é irresponsável. Acho que essa é a característica marcante do sistema. Em relação à terceira pergunta, e foi feita pelo Deputado Arlindo Chinaglia, vamos deixar claro, a pergunta feita diz respeito, me parece que o raciocínio, aquilo que eu havia colocado e o raciocínio está correto, os sistemas fornecedores, como eu disse, vão aprendendo a se defender, sai da cláusula contratual e vão para a prática abusiva, que é uma forma de defesa, isto é, não querem ter prejuízo. É normal. É importante a gente dizer que o lucro é legítimo mesmo, vamos deixar claro, quer dizer, ter lucro no sistema capitalista é legítimo. No entanto, é da natureza do sistema capitalista ter prejuízo. No Brasil tem um pouco essa história de que o sujeito monta um negócio e não pode ter prejuízo nunca. A



gente tem uma tradição de monopólio, de oligopólios, de exploração unilateral do mercado que faz com que parte do empresariado acredite que quem montou um negócio sempre ganha. Ora, negócio é de risco. É sempre bom lembrar que o País mais poderoso do mundo é o que tem o maior número de falências, exatamente porque quem empreende pode quebrar. Quem empreende algum negócio está fadado ao sucesso e ao fracasso, ambos fazem parte do sistema. Bom, a pergunta que se faz é como resolver o problema do aprendizado, que é muito maior do lado do fornecedor do que do consumidor. O consumidor tem mais dificuldade de se defender do que o fornecedor de se armazenar para evitar ou para continuar, supostamente, enganando o consumidor. Eu queria dar uma resposta que envolve as três perguntas que me fizeram. Me parece que falta o cumprimento do art. 5º do Código de Defesa do Consumidor, que é a criação de uma política nacional de consumo na qual o consumidor, os cidadãos brasileiros recebam informações claras e efetivas de como exigir seus direitos. Eu acho que o Congresso Nacional poderia, inclusive, encampar dentro dessa CPI uma alternativa de dar informações. Eu quero até dizer que essas informações são relevantes até para os operadores do direito, porque, infelizmente, dada a má formação dos operadores do direito — aqui estou generalizando —, advogados, juizes e promotores, existe um grande problema de compreensão do sistema de proteção ao consumidor, de tal maneira que, às vezes, até o Judiciário não consegue compreender o problema que está ocorrendo. O exemplo que me vem à cabeça é exatamente o que eu citei. Se exige o cheque-caução fica evidente que, naquele momento de internação de alguém que estava sofrendo um infarto, ele assinaria qualquer coisa. Mas se o hospital for mais inteligente e, em vez do cheque, fizer um contrato? Já está no computador, aperta um botão, põe o nome da parte, sai impresso na hora. Esse contrato assinado ainda gera uma dúvida sobre se ele tem validade ou não. Em ambos os casos, o abuso é evidente, a prática é abusiva, porque quem vai estar com enfarto assina qualquer coisa. Eu gosto sempre de dizer, para quem assiste televisão: para saber como é que o consumidor assina o contrato, basta assistir *ER*. Quem assiste *ER* percebe bem. O médico vem falando: “*Eu preciso te operar, assine aqui.*” “*Mas o que está escrito aqui?*” “*Olha, você tem 2 minutos. Assina ou não?*” Ele assina. É assim que funciona. O consumidor — é por isso que ele é hipossuficiente — não tem





capacidade de discernir, liberdade para decidir o que ele vai assinar. Então, o que me parece faltar é uma ampla publicação massiva de como os consumidores podem se defender e também de como é que todos os cidadãos podem compreender o funcionamento do sistema. É isso o que penso. Muito obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Muito obrigado. Bem, eu estou convidando a vir aqui à mesa aqueles que foram perguntados. Então, agora o Dr. Del Porto. Vocês me perdoem aqui, tanto os Deputados quanto os convidados, mas se a gente não jogar duro, não cumpre a jornada. Faço um esforço tentando contemplar o conjunto. (*Pausa.*)

**O SR. LUIZ ROBERTO DEL PORTO** - Obrigado, Deputado. O senhor falou em 3 minutos, leitura dinâmica resolve o assunto. Deputado, inicialmente, isso aqui se trata de um relatório, um documento preparado pela nossa Associação com auxílio do Conselho Regional de Farmácia, com o auxílio do Conselho Federal de Biomedicina, com o auxílio da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas, enfim, com todas as entidades inerentes ao setor e também um processo movido por alguns laboratórios na cidade de Medianeira, no Paraná, contra a UNIMED local, que mostra muito, com documentos, aquilo que os outros senhores já muito bem falaram. Então, eu gostaria que isso aqui fosse constado nos autos. Entrego ao senhor, ao Relator, Deputado Dr. Ribamar Alves; que receba isso aqui para que possa avaliar.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - A Secretaria da Comissão aqui é representada pela Carla, que vai municiar todos os Parlamentares a partir do seu relatório.

**O SR. LUIZ ROBERTO DEL PORTO** - Não brigue comigo, Deputado, por favor. Bom, Deputado Arlindo, o senhor me fez 2 questões. Qual o controle que é feito? Nos serviços de laboratórios, você tem as regulamentações das Vigilâncias Sanitárias, você tem as regulamentações dos Conselhos Profissionais, você tem as fiscalizações dos Conselhos Profissionais, as fiscalizações das Vigilâncias. Por parte dos planos de saúde, das operadoras, não há controle nenhum, não há regulamentação nenhuma, e esse é ponto que eu coloquei ao senhor. Segundo, que proposta a gente poderia fazer? Eu faço aqui 5 propostas: 1) Nunca promover a mercantilização da medicina, através de leilões de exclusividade de atendimento,



que é aquela prática chamada *captation*; 2) Obrigar os serviços credenciados — e aí as operadoras de saúde obrigarem os serviços credenciados — a participarem de programas de controle de qualidade, programas de controle de qualidade oficiais que existem hoje no Brasil, das sociedades científicas e que são muito bons. Outro ponto é a universalização dos atendimentos, ou seja, o credenciamento universal dos laboratórios interessados. Então, o convênio abre para todos os laboratórios; se ele quer ou não vai ser uma questão do proprietário, do profissional. O plano de saúde deveria também avaliar periodicamente os prestadores de serviço através desses programas de controle de qualidade das sociedades científicas e também dos conselhos profissionais. Avaliar, por exemplo: será que aquele laboratório não está sofrendo um processo ético no Conselho Regional de Medicina ou no Conselho Regional de Farmácia? Então, é muito interessante. E, finalmente, evidente, dar condições financeiras a esses laboratórios de cumprirem com essas exigências. Fui rápido.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Obrigado. O senhor me perdoe, porque eu tive que responder ao Deputado Jamil. Eu não ouvi, talvez, as 2 últimas observações.

**O SR. LUIZ ROBERTO DEL PORTO** - Vou repetir.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Não. Eu me comprometo. Está sendo gravado. Só quis registrar que, depois, a propósito — não quero prejudicar o conjunto —, aí eu falo com o senhor. E também vou ver naquilo que está gravado.

**O SR. LUIZ ROBERTO DEL PORTO** - Muito obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Obrigado o senhor. Bem, tem a palavra o Dr. Zanellato.

**O SR. MARCO ANTONIO ZANELATO** - Bem, foi-me feita apenas uma pergunta, que eu considero a mais espinhosa de todas que foram feitas aqui. Eu realmente...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Eu posso facilitar um pouquinho, porque fui eu que fiz a pergunta. Se não é a quebra de sigilo, teria outro mecanismo que o senhor conheça para que a CPI atingisse o objetivo de buscar o equilíbrio entre a eficiência econômica e justiça social?



**O SR. MARCO ANTONIO ZANELATO** - Realmente, a grande dificuldade é saber se o aumento pleiteado de tempos em tempos pelas empresas se justifica diante dos custos que têm no exercício da sua atividade. A nova lei dos planos de saúde prevê que cabe à Agência Nacional de Saúde Suplementar fazer esse tipo de controle. Eu não saberia dizer para os senhores como tem sido feito esse controle, se realmente a Agência Nacional de Saúde faz esse controle, porque hoje existe uma falha muito grande por parte do Estado, como já foi abordado aqui, no controle, na fiscalização dessas atividades. Então, se cabe à Agência Nacional de Saúde Suplementar fazer esse tipo de controle, que o faça bem-feito. Todavia, a previsão para esse controle por parte da Agência Nacional é só para os contratos que foram celebrados na vigência da lei dos planos de saúde. Salvo engano, a decisão do Supremo Tribunal Federal, em caráter liminar, impede que esse tipo de controle seja feito nos contratos anteriores. Como esses contratos ainda constituem a expressiva maioria, então, permanece o problema. É a expressiva maioria e, por outro lado, não há interesse do consumidor em mudar para planos celebrados de acordo com as exigências da nova lei dos planos de saúde. Então, por muito tempo ainda, teremos essa massa enorme de contratos celebrados anteriores à lei. Aí, nesse caso, a agência não faria o controle? Por que não faria o controle nesses casos? Acho que deve fazer também. Apenas o que o Supremo Tribunal Federal não quer é que um determinado dispositivo da nova lei dos planos de saúde viole o princípio da irretroatividade das leis, já consagrado pelo Supremo Tribunal Federal, ao interpretar o artigo que trata da proteção do ato jurídico perfeito. Como deve a CPI proceder diante dessa questão? Eu acho que essa é uma questão relevantíssima, imprescindível. A CPI não pode, evidentemente, deixar de abordar isso nas suas conclusões. Essa conclusão é fundamental. Eu acho que a CPI tem que procurar encontrar aí mecanismos de controle, porque um dos princípios básicos do Código de Defesa do Consumidor, além daquele que eu já mencionei, que é o da boa-fé objetiva — da lealdade nas práticas comerciais, como se diz hoje na Europa —, é o da transparência nas relações de consumo. E a transparência só se dá pela informação eficiente, completa. Então, informação deficiente, insuficiente, viola esse princípio. E isso ocorre muito nessa relação entre as administradoras de plano de saúde e os consumidores. Então, eu finalizo afirmando novamente que essa questão



da quebra do sigilo talvez deva ser feita em casos mais graves, como este que foi afirmado aqui de que um determinado diretor de uma determinada empresa operadora de plano de saúde teria desviado dinheiro. E, na verdade, esse é um tipo de problema também que tem nos preocupado — para finalizar, peço apenas mais um minutinho —, porque algumas empresas alegam que estão quebrando ou estão com seriíssimas dificuldades financeiras e, por isso, precisam de aumentar a mensalidade, alegam que o custo aumentou demasiadamente. Mas eu tenho notícias — são notícias oficiosas, por isso eu não vou nominar aqui — de que uma ou outra empresa operadora de plano de saúde, que não a UNIMED, teria chegado a essa situação difícil justamente por desvio da receita pelos seus diretores. Então, alguns enriquecem à custa desses desvios, quebram o plano ou colocam o plano em situação difícil. Aí o consumidor tem que pagar a conta, com o aumento a mensalidade? Então, eu acho que a CPI pode até quebrar o sigilo, mas em caso, evidentemente, de gravidade. Mas, como regra, deve procurar propor soluções de controle. E o Estado tem de fazer o controle disso. Já que o Estado não presta um serviço de saúde eficiente e, no vácuo dessa falta de prestação de um serviço eficiente de saúde, surge toda essa atividade das operadoras de plano de saúde, que pelo menos controle, controle essas operadoras, porque o objetivo não é aqui nesta CPI — eu acho — condenar essas empresas, que, em linhas gerais, prestam relevantes serviços, mas apenas fazer um controle para evitar os abusos, que não ocorrem em todos os casos, evidentemente. Como regra, essas empresas... Como foi dito pelo nobre Deputado Mário, como regra, com exceção de uma ou outra, essas empresas prestam um serviço excelente, mas há abusos nesse meio, e esses abusos têm que ser combatidos, porque também se acentuam. Obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Nós é que agradecemos. Após o Dr. Zanellato, Dr. Arlindo de Almeida.

**O SR. ARLINDO DE ALMEIDA** - Bem, a primeira pergunta é do Deputado Mário Heringer. Ele me pergunta — por favor, o senhor me corrija se, realmente, eu não entendi bem —, ele disse que o plano empresa corresponde a cerca de 80% da atividade. Realmente, é isso, em torno de 75%, 80%. E o senhor pergunta se nós temos a distribuição da faixa etária no plano empresa. Um dos pontos de equilíbrio do plano empresa é justamente esse, quer dizer, o plano é mais equilibrado quanto



mais ele seguir aquela tabela do IBGE que nós publicamos aí. Por isso é que o plano empresa não ocasiona problema, porque o plano empresa constitui-se, às vezes, de mil pessoas e mais 2 mil dependentes. Então, é uma população de 3.000 na qual existem crianças, existem pessoas adultas não doentes, existem os pais, existem os filhos dos funcionários em geral. Então, constitui uma massa homogênea da população e, portanto, o risco é calculável facilmente, através de cálculos atuariais. Isso é que ocasiona esses grandes problemas nos planos individuais e familiares, porque aí não existe esse equilíbrio. São planos geralmente procurados atualmente, em face da dificuldade econômica da população, normalmente as pessoas tendem a fazer planos para as pessoas que estão mais doentes. Às vezes, a família se cotiza para poder dar atendimento à pessoa com maiores dificuldades de saúde. Desculpe fugir um pouco da coisa, mas era um comentário. Agora, o senhor queria saber se a gente tem. Nós temos mais ou menos isso...

**O SR. DEPUTADO MÁRIO HERINGER** - Está respondido, deu para entender.

**O SR. ARLINDO DE ALMEIDA** - Realmente, eu não sei no momento. Se o senhor quiser, nós encaminhamos depois as documentações, encaminhamos para o senhor a... Agora, a Agência Nacional de Saúde, com certeza, tem tudo. Meus planos também têm, porque eles encaminham à Agência Nacional de Saúde todos esses dados. São dados econômicos, dados financeiros, dados epidemiológicos e dados, enfim, todos esses dados. Então, eu posso encaminhar ao senhor, se o senhor quiser, depois oficialmente, sem dúvida alguma. O Deputado Paes Landim, acho, não me fez qualquer pergunta. O Deputado Jamil Murad, citando o caso de uma operadora que é pertencente à nossa associação, pergunta a respeito de um caso, que teria sido uma meningite não detectada em cerca de... antes de 48 horas, se essas empresas têm impunidade. Eu diria, Deputado... Eu sou médico, como o senhor, há 40 anos. A gente sabe que essas moléstias têm evoluções muitas vezes insidiosas...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - O Jamil é há mais de 40 anos, mais de 40 anos.

**O SR. ARLINDO DE ALMEIDA** - Acredito que sim. Ele, provavelmente, podia ser meu professor.



**O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD** - É que antes de nascer eu já era médico.

(Risos.)

**O SR. ARLINDO DE ALMEIDA** - Eu sou formado, em 62, pela UNIFESP, antiga Escola Paulista de Medicina. Bem, impunidade não existe, o Deputado sabe, porque se for denunciado ao Conselho, realmente, ele vai verificar isso e vai verificar qual foi o médico que atendeu; se, realmente, houve alguma falha de atendimento ou se, realmente, foi um caso com um período prodrômico de algum tipo de moléstia, que depois evoluiu diferentemente. O senhor pergunta também qual é a relação que nós temos com a ANS. A relação que nós temos com a Agência Nacional de Saúde é uma relação normal, de operadora. Nós tivemos um grande trabalho, realmente, que foi o de ensinar à Agência Nacional de Saúde o que é plano de saúde, que já responde até parte de uma pergunta que o Dr. Arlindo Chinaglia colocou, que V.Exa. — desculpe tratá-lo só de doutor — fez também. Mas foi um dos trabalhos que nós tivemos. E nós pertencemos a uma câmara de saúde suplementar, na qual nós não temos, absolutamente, maioria nem voz ativa e sequer é uma câmara executiva; é simplesmente uma câmara consultiva. Então, não há a possibilidade de se... Apesar de terem câmaras técnicas, nem sempre a Agência Nacional de Saúde segue o que as câmaras técnicas preconizam. Isso também é importante, o que, aliás, tem mexido bastante com a nossa atividade de uma maneira até deletéria, diríamos assim. Por que as empresas gastam com *marketing* e economizam com honorários?

**O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD** - Atendimento.

**O SR. ARLINDO DE ALMEIDA** - Nesse caso, eu até concordo com o Deputado. Eu acho que as empresas que gastam demais em *marketing*, realmente, existem *marketings* que são desnecessários. Mas são estratégias comerciais das empresas e que eu acho que... Eu também não concordo com excessiva exposição ao *marketing*, mas são poucas empresas que trabalham com essa exposição ao *marketing*. Elas também... Geralmente, essas empresas que se dispõem a fazer *marketing*, elas têm, nos seus custos, sobras, são as sobras daqueles cerca de 80% de sinistralidade que elas gastam com moléstias. As seguradoras vêm-se queixando atualmente que a sinistralidade está em torno de 83%, que, realmente, sobram 17% para todo esse tipo de verba: para custos administrativos, para custos de



propaganda, para custos, inclusive, de comissões, enfim, todo esse tipo de coisa. Poderíamos também argumentar que esses gastos com comissões de vendas e tudo isso, enfim, é um tipo de atividade, é um tipo de atividade comercial. Aliás, desculpe eu me prolongar um pouco, mas é importante dizer que a grande maioria não trabalha com isso. Inclusive, dizer, nobre juiz, que também não é a grande maioria que inseriu negócio. Os planos de saúde são muito diversificados. Eles têm, por exemplo, autogestão, que são tipos de entidades que não têm qualquer tipo de lucro. Por exemplo, Banco do Brasil e PETROBRAS não têm qualquer intuito de lucro, no entanto, sofrem as mesmas restrições, as mesmas obrigações de outras empresas; têm santas casas de misericórdias, entidades beneficentes, enfim, tem aquelas que também têm o intuito de lucro, estão se queixando muito, realmente, hoje, porque praticamente o lucro não está existindo. Então, a grande maioria delas está em dificuldade. O Deputado pergunta ainda se a ABRAMGE puniu alguma empresa. Nós dissemos aqui que temos um órgão ético da atividade, que se chama CONAMGE — Conselho Nacional de Auto-Regulamentação, a exemplo do que é o CONAR — o CONAR é o Conselho Nacional de Auto-Regulamentação Publicitária. Assim como o CONAR, nós não temos o poder de polícia de punir a empresa. O máximo que nós podemos fazer é eliminar a empresa do nosso quadro social, certo? Não chegou a acontecer isso nunca, porque todos os casos que foram encaminhados para o CONAMGE foram resolvidos administrativamente. Quando chega uma queixa ao CONAMGE, nós chamamos a empresa que é queixada e o queixoso também, e com os 2 face a face tenta-se resolver o problema. E conseguiu-se resolver todos os casos até agora administrativamente. Temos certeza de que esse caso que o Deputado citou vai ser resolvido dessa maneira também. Eu considero como uma denúncia já esse caso. No caso do CONAMGE, vamos chamar a empresa e vamos pedir explicações. O senhor terá explicações realmente a respeito do que ocorreu com esse paciente. Só pediríamos que o senhor nos fornecesse o nome da pessoa, para que a gente pudesse instruir esse tipo de ação junto à empresa.

**O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD** - Só uma questão de ordem, Presidente Arlindo Chinaglia. Dr. Arlindo de Almeida, V.Sa. dirige uma entidade que representa os planos, e institutos de pesquisa de opinião captam... Não é o problema só dessa



jornalista que estava com meningite aguda, em coma, e queriam que a família tirasse do hospital porque a família não tinha um cheque de 30.000 para dar. Não é só esse caso. Quer dizer, num levantamento de opinião, é recidiva a queixa de que os planos de saúde burlam aquilo que está no contrato. E não é um ou outro, não é uma exceção, é uma regra. Então, V.Sa., como Presidente de uma entidade de empresas que burlam sistematicamente os contratos feitos com a população, com os usuários, eu gostaria de saber se não há punição de nenhuma empresa. Então, V.Sa. passa a estar representando também o interesse das empresas no sentido de manter a impunidade, manter esse abuso. Quer dizer, como V.Sa. vê a queixa geral, o IDEC, o PROCON, o levantamento do Datafolha e outros, todos apontando num rumo? As maiores queixas dos consumidores está contra os planos de saúde. V.Sa. representa os planos de saúde. Eu gostaria que V.Sa. comentasse isso, quer dizer, que atitudes, que medidas o senhor vai tomar como Presidente, diante de uma Comissão Parlamentar de Inquérito da Câmara dos Deputados, porque nós... Eu não estava lá, como Deputado, mas a lei foi aprovada na Câmara — e nós somos responsáveis para que a lei seja cumprida — e ela não está sendo cumprida. A lei foi aprovada para proteger a sociedade e não está protegendo a sociedade.

**O SR. ARLINDO DE ALMEIDA** - Bom, Deputado, como eu disse ao senhor, o nosso órgão ético se movimenta através de queixa de usuário, normalmente, ou do usuário ou pode ser até uma empresa de medicina de grupo se queixando contra outra, O que, aliás, também acontece, esse tipo de relacionamento. A exemplo do CONAR, que é a mesma coisa... Por exemplo, quando existe uma propaganda indevida, a pessoa que entra em contato com o nosso órgão de ética, ela faz a queixa. Então, imediatamente é chamada a empresa queixada e o queixoso; colocamos os 2 em conflito e resolvemos esse tipo de problema. Tivemos vários problemas desse tipo. Se a empresa se negar, nós vamos constituir uma câmara de julgamento. Não chegamos a constituir essa câmara de julgamento até hoje, mas existe esse tipo de preocupação da entidade com a qualidade dos serviços prestados.

**O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD** - Só uma última intervenção. Quer dizer, V.Sa. não dirige uma associação de donos de casa de bingo, V.Sa. dirige uma entidade que os associados são vendedores de planos de saúde e que as pessoas





compram na boa-fé e gastam o que não podem. Há pessoas que ganham 1.000 reais, 1.200, 1.300 reais e pagam um plano de 300, 350, de medo de não ter assistência numa hora de necessidade. Então, paga com boa-fé; na hora que precisa, lhe é negado o tratamento. Quer dizer, não é possível que, por exemplo, se eu compro um carro e sistematicamente uma marca de carro ou um ano de carro está com defeito, há medidas que são tomadas. A empresa, inclusive, manda recolher os carros, manda levar os carros para ser trocada uma determinada peça. Agora, no caso aqui, os representantes da empresa — e V.Sa. é o representante do conjunto das empresas — eu não vejo tomar medida nenhuma. Quer dizer, a ABRAMGE não está tomando medida, pelo depoimento que V.Sa. presta; não está tomando medida. Quando um carro tem um defeito no breque e a queixa se repete, eles mandam recolher, fazem teste. Se tiver o defeito na peça, manda trocar a peça, até gratuitamente etc. Isso não acontece, na ABRAMGE não acontece com os planos de saúde, de maneira que ninguém entende, até hoje, porque tanta proteção, porque tanta impunidade diante de lei. Por que tanta impunidade desse jeito? A gente sabe que os casos isolados não se corrige. Vou só citar um exemplo. Quem não registrava o empregado, era preferível deixar ele recorrer na Justiça e, depois de alguns anos, pagar o que lhe devia. A empresa ainda tinha mais lucro do que registrar todos os empregados, porque o número de pessoas que vai à Justiça é pequeno, outros desistem, porque a Justiça demora a tomar decisão. No caso do plano de saúde, parece que está tudo da mesma forma. Quer dizer, um outro caso que toma medida, que vai à Justiça e tal, eles resolvem, os outros levam o prejuízo.

**O SR. ARLINDO DE ALMEIDA** - Deputado, bem, não cabe aqui ficar em uma polêmica. Eu acho que o dever de uma associação é preparar os seus elementos, é dar cursos, dar instruções a esse respeito e, quando houver queixas, que não são a maioria, Deputado, como a gente vê pelos tipos de pesquisas que a gente faz, a maioria dos associados está satisfeita com os planos de saúde. Evidentemente, acontecem alguns casos, mas tem que ser analisado caso por caso a fundo. Realmente, não é uma denúncia simples que existe que a gente pode condenar automaticamente a empresa. Nós temos que ouvir ambas as partes. Os órgãos corretivos eles existem através do PROCON, do DECON, através da própria Agência Nacional de Saúde. Esses são os órgãos. Inclusive, já encaminhamos



algumas denúncias à própria Agência Nacional de Saúde. Por exemplo, empresas que não são associadas, empresas que não são registradas na Agência Nacional de Saúde, empresas que trabalhavam com determinados tipos de atividades que não eram normais. Enfim, é o que nós podemos fazer, porque o poder de polícia, realmente, não...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Penso que o Dr. Arlindo respondeu a todas as indagações. O senhor quer dar mais alguma informação, uma pergunta? Mas o Ministro Humberto Costa não apresentou nenhuma pesquisa referente à satisfação ou não dos usuários de plano de saúde lá, quando ele foi, a convite, participar da CPI. Já que o senhor fez essa menção, isso não ocorreu, só para o senhor saber.

**O SR. ARLINDO DE ALMEIDA** - Não, veja bem. Desculpe, Deputado, nós, quando estivemos com o Ministro, ele disse que realmente havia uma pesquisa, várias pesquisas da Agência Nacional de Saúde e que ele faria, ele teria até a prerrogativa de ele fazer a pesquisa. Eu...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Não, não, não, veja...

**O SR. ARLINDO DE ALMEIDA** - Só me foi informado...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - É que não foi. Eu também estou informando ao senhor que independe do que foi tratado entre a ABRAMGE e o Ministro, mas lá, quando ele foi falar, isso não foi abordado por ele. Por isso que ele não fez...

**O SR. ARLINDO DE ALMEIDA** - Por isso que eu falei: teria dito.

**(Não identificado)** - Só uma interrupção com relação também a isso. Essa pesquisa de satisfação, normalmente, é feita a satisfação com o atendimento médico e hospitalar. A gente não consegue entender que a pesquisa, que o usuário entenda essa pesquisa como a pesquisa da satisfação com o plano e sim com o atendimento que ele recebe. É uma certa diferença. Eu gostaria de agradecer ao Dr. Arlindo de Almeida, porque ele disse uma coisa muito importante aqui para a gente hoje: a ABRAMGE ensinou para a ANS o que é um plano de saúde. Lá na minha terra isso se chama "mexer o angu com a mão do gato".



**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - É uma das hipóteses. Agora, de qualquer maneira, caberá à CPI identificar mais e melhor os procedimentos, as normas da ANS.

**O SR. ARLINDO DE ALMEIDA** - Há perguntas suas.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Não respondeu ainda?

**O SR. ARLINDO DE ALMEIDA** - Não.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Então vamos, porque nós estamos... Então, por favor, eu quero ouvir a resposta sim.

**O SR. ARLINDO DE ALMEIDA** - Bem, o Presidente da Mesa, Deputado Arlindo Chinaglia, me fez uma pergunta bastante difícil de responder. Que mudanças pode haver no âmbito da ANS? Eu acho que realmente é uma pergunta bastante típica do Deputado. Realmente, veja bem, eu acho que a agência se esforçou o máximo possível para poder regulamentar uma atividade que não tinha qualquer tipo de regulamentação e que realmente existia um número de empresas muito grande e que agiu até incorretamente, antigamente. Eu acho que ela devia realmente, o que devia começar seria pegar as primeiras empresas e verificar quais empresas poderiam participar disso. Não começar a regulamentar os produtos, que realmente foi uma dificuldade muito grande. Então, houve muitas idas e vindas, ela nunca deu segurança quer ao usuário, quer à empresa, porque a gente sabe que quem faz a medida provisória é o Presidente da República. No entanto, o Presidente da República segue o Ministro da Saúde, que indica para ele fazer aquela medida. Quem indicava isso para o Ministro e ex-Ministro era realmente a Agência Nacional de Saúde. Então, ficou um número de medidas provisórias, ficou uma selvageria completa do ponto de vista da lei. Eu acho que faltou o respeito muito grande por parte da agência com relação às pequenas empresas. Quer dizer, elas foram tratadas como as outras, as pequenas e médias empresas são as que estão em dificuldades grandes mesmo. Criou-se um mercado altamente concentrador, a nível que a gente prevê que realmente as pequenas e médias empresas poucas delas vão ter condições de sobrevivência. Então, esses tipos de alterações acho que deveriam ser feitas. E a lei fundamentalmente também eu acredito que tenha que ser alterada, se é que se quer realmente que a atividade privada sirva como coadjuvante do Estado no atendimento às necessidades de saúde da população. Da



maneira que está, a tendência é minguar cada vez mais a atividade, principalmente com essa integralidade e esses tipos de cobranças que estão se fazendo à iniciativa privada que, evidentemente, pertence ao Estado, à sociedade de maneira geral, essa obrigação, como, aliás, consta na Constituição Federal.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Nós agradecemos ao senhor. Vamos agora para o segundo bloco, que, repito, são usuários de planos de saúde. Pela assessoria da CPI, ajudada por órgãos de representação, nós vamos convidar os 6 usuários.

*(Intervenção inaudível.)*

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Três? Cinco? Bem, é que me passaram uma lista de 6. Então, vamos acertar aqui. É que a lista foi acrescida de mais 3. Como parte dos convidados já está se ausentando, eu queria agradecer muito a presença dos senhores aqui. Creio que deram uma colaboração inestimável para os trabalhos da CPI. Bem, eu queria convidar o Dr. Roberto Mendonça — eu vou convidar pela ordem que eles estão aqui —, que é usuário do plano UNIMED Paulistana. O Dr. Roberto é médico e veio aqui na condição de prestador, portanto. O tempo de cada um dos senhores e senhoras será de 5 minutos. Então, é por isso que eu estava ali fazendo uma pressão danada, porque, no máximo, vamos até as 18 horas. Esses casos todos — até para ficar bem claro — chegaram à CPI e foi através da Assessoria que houve a escolha de alguns deles. Então, desculpe, Dr. Roberto.

**O SR. ROBERTO MENDONÇA** - Muito boa-tarde a todos, senhoras e senhores, Presidente desta CPI, Parlamentares. Eu sou médico neurocirurgião, eu sou formado na Santa Casa de São Paulo, fiz minha residência lá, fiz *fellow* em cirurgia vascular cerebral na Beneficência Portuguesa e 3 anos e 3 meses de cirurgia na coluna vertebral nos Estados Unidos. Eu estou só falando isso porque vocês não me conhecem e necessita uma pequena apresentação. Eu estou aqui trazendo um depoimento para a sociedade civil, composta pela classe médica e pelos usuários dos planos de saúde, que são meus pacientes também. O médico está passando um arrocho econômico, vamos dizer, terrível. E isso nós temos driblado, agüentado e absorvido, com a queda do padrão da nossa vida e de nossa família. Mas a questão não é essa. A questão é que nós estamos sofrendo pressões



bastante insuportáveis por parte de algumas operadoras. O exemplo que eu estou trazendo aqui é de uma cooperativa médica — como todos os senhores sabem, a cooperativa é dos médicos. Certo? Errado. A cooperativa deveria ser dos médicos, mas quando uma diretoria, através de mandatos sucessivos, que não a renovam, atua de uma forma administrativa truculenta e começa a pôr imposições irresponsáveis, que quebram o Código de Ética Médica — e o Código de Ética Médica nada mais é do que a educação na relação do médico, no atendimento do seu paciente —, isso se torna uma coisa muito grave. No ano de 2002, a UNIMED paulistana começou a fazer um programa chamado Meta Referencial. A Meta Referencial nada mais é do que um limite imposto ao médico especialista e aos médicos clínicos gerais etc., de não poderem pedir exames acima de uma cota, obviamente por eles estabelecida. Mas e quando o médico passa dessa cota? Quando o médico passa dessa cota, ele é obrigado a justificar um calhamaço de papéis que vêm para o seu consultório com todos os atendimentos que você fez nos 2 últimos meses, com todos os exames que você fez. Naturalmente, exames caros como tomografia, ressonância, geografia cerebral são somente autorizados quando o médico faz, além do pedido no formulário próprio da UNIMED, uma justificativa dando o histórico do paciente, o resultado do exame neurológico, por que eu estou pedindo esse exame, Código Internacional de Doenças, tratamento que eu efetuei etc. Então, nesses exames que são caros, nós nunca nos negamos a prestar esclarecimentos. Mas é difícil, quando você tem que justificar um hemograma, uma glicemia, um eletrocardiograma para o paciente que você vai operar a semana que vem. Quer dizer, nós não temos tempo hábil para isso. Para vocês terem uma idéia, eu sou formado em 84, e, como neurocirurgião, em meados de 89. Eu chego às 10 horas da noite na minha casa, eu tenho 3 filhos, e eu trabalho a partir das 6 e meia da manhã. Essa é a nossa vida. As nossas cirurgias têm hora para começar, mas não têm hora para terminar. Não obstante, lançaram também um programa chamado As Diretrizes de Exames Pré-Operatórios, baseado em medicina, baseado em evidências. Utilizaram-se alguns trabalhos do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e da Escola Paulista de Medicina. Aliás, diga-se, utilizaram parte desses trabalhos, distorceram e usaram em causa própria. Em suma, para os senhores terem idéia, se você tem até 40 anos de idade, você não tem nenhuma doença grave e você vai ser



operado, eu, como médico, não devo pedir nenhum exame pré-operatório. É isso o que eles recomendam. Então, gostaria de saber se algum de vocês gostaria de vir ao meu consultório para fazer uma cirurgia neurológica, que são coisas delicadas, como cirurgia cerebral, cirurgia na coluna, nervos, essa coisa, e eu chegasse para você e falasse: *“Você tem diabetes, hipertensão?”* *“Não.”* *“Então, é só internar e vamos operar”*. Isso é um absurdo. E por outro lado, é um risco para o meu paciente. E, legalmente, se eu tiver algum problema com esse paciente e esse paciente morrer ou tiver alguma seqüela, algum problema, eu posso ser processado. E sendo processado, o advogado vai falar o seguinte: *“O médico foi tão negligente que nem exame pediu”*. E, nessa reunião em que foram 240 médicos cooperados, foi um tumulto. Uma das médicas falou: *“Mas e se eu tiver um processo, a UNIMED paulistana, o Departamento Jurídico vai me defender?”* O Diretor falou o seguinte: *“Olha, a responsabilidade civil do médico não é o escopo desta reunião. Nós estamos tratando de exames pré-operatórios. A senhora fique quieta, porque a senhora está tumultuando”*. Então, vejam a que nível as coisas estão chegando. Como eu me senti ameaçado no início desse programa, eu pedi um parecer do Departamento de Defesa Profissional, Departamento de Convênios da Associação Paulista de Medicina, que, em 48 horas, teve a presteza de me mandar os pareceres do Conselho Regional de Medicina, que tinham sido emitidos. Nós estávamos em 2002 e tinha parecer de 1997. Foi aí que, fuçando um pouco, eu percebi que esse problema, essas metas referenciais não começaram em São Paulo, porque aqui é a meca, começa tudo em São Paulo. Mas as coisas vieram do interior para São Paulo. Começou na UNIMED de Presidente Prudente, em 1997, e veio vindo por várias UNIMEDs. Vejam bem, eu não sou contra o sistema UNIMED, eu sou muito a favor. Tanto que estou apavorado com a UNIMED de São Paulo, à qual eu pertencia. Me devem 10.000 reais etc., nunca tocaram nisso, num pagamento. Enfim, quebrou, e agora eu tenho o risco de pôr meu pequeno patrimônio em jogo por causa de irresponsabilidade de alguns. Não sou contra as instituições. Mas quando a UNIMED é tocada dessa forma por uma diretoria ou algumas diretorias, a coisa não pode ficar... Como me recusei a fazer parte desse programa, eu fui fazendo a minha medicina que aprendi na faculdade. O meu doente precisa fazer exame, vai fazer exame e acabou. Em agosto do ano passado, eu tive desconto de, mais ou menos



arredondado, 1.200 reais, do meu salário médico por conta dessa Meta Referencial. A conta era de 4.000. Mil e quinhentos foram para pagar Imposto de Renda retido na fonte, mais 1.200 por conta disso. O que sobrou foi dividido em 4 pessoas, que eram a minha equipe. Então, mandei uma carta para a UNIMED pedindo que eles me devolvessem o dinheiro, porque esse dinheiro é trabalho, é trabalhado. Eles não podem fazer isso. Isso é contra a lei, é contra o Código de Ética Médica. Como eles não... se fingiram de mortos, essa carta foi uma carta protocolada e, em 15 dias, não obtive resposta, fiz uma denúncia ao Conselho Regional de Medicina e em todas as entidades que eles falaram que tinham o apoio: Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Conselho Federal de Medicina e demais entidades médicas. E todas tiveram o prazer de mandar carta a meu favor dizendo que tudo isso era um absurdo. Está tudo provado, documentado. Posso deixar uma cópia aqui. Aliás, trouxe uma cópia para a senhora. O Dr. Jamil Murad tem essa documentação. Enfim, que médico, que espécie de médico a sociedade gostaria de ter? Um médico medíocre, um médico que abaixa a cabeça mediante essas coisas, que vai prejudicar o atendimento de vocês, ou uma medicina de padrão elevado, que é o que o brasileiro merece? Então, essa é a questão. Como o tempo está esgotado, eu gostaria de terminar a minha apresentação por aqui, respeitando o tempo e a Mesa. Mas a questão está toda aqui, muito detalhada, muito bem documentada. Obrigado pela atenção de todos. *(Palmas.)*

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Obrigado, Dr. Roberto. Eu, até no início... quero me desculpar. Mas mostro também isenção da nossa parte. Nós estávamos imaginando que o senhor seria um usuário, mas é bom, porque além das entidades, vêm aqui os profissionais que individualmente vivenciam experiências. E seguramente o que ele relata se reproduz centenas e milhares de vezes. Lamentavelmente, talvez, nem todos reagem com o mesmo vigor. Mas quero então parabenizá-lo, em defesa da dignidade da profissão. Obrigado ao senhor.

**O SR. ROBERTO MENDONÇA** - A documentação para o senhor.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - O.k. Fica registrado aqui na Secretaria. Assim que a Carla estiver por aqui, ela... Bem, quero convidar agora o Sr. Sabatino, das Classes Laboriosas. O senhor é usuário das Classes Laboriosas. Eu vou falar com referência a todos. São 5 minutos, porque nós aqui vamos encerrar



às 18h. Então, pode ser que, em dado momento, os Parlamentares também queiram fazer observações e perguntas.

**O SR. SABATINO ADRIEN LEVY** - Desculpe, primeiro, perdi a voz. Depois, desculpe a falta de formalidade, porque eu não estou acostumado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Aqui a formalidade fica por nossa conta.

**O SR. SABATINO ADRIEN LEVY** - Muito bem. Algumas observações que eu vou colocar talvez sejam uma redundância, mas eu estou apoiando esse senhor, o Dr. Roberto. Como exemplo, Numa cirurgia à qual tive que ser submetido, as Classes recusaram uma internação prévia, digamos, na véspera para o preparo da cirurgia. O médico, como era uma coisa bastante “simples” — entre aspas —, o próprio médico me indicou o que devia fazer em casa. O que eu fiz. E completei o dia seguinte, de madrugada, chegando no hospital, isso para não pagar uma diária a mais. O médico que me tratou... nós fizemos uma convenção, um convênio. Paguei uma diferença que as Classes não cobriam, que não queria cobrar ou cobrir, justamente pela mesma recusa, pela mesma atitude que o senhor teve, Dr. Roberto. Então, são fatos que eu acho escabrosos, que acho descabidos, dentro da saúde. Agora a saúde está se tornando mais um comércio do que um cuidado, pelo que as pessoas estão fazendo, estão vivendo, estão contribuindo na própria vida, no próprio País. Tenho outros exemplos. Vários desses médicos, vários laboratórios foram descredenciados dentro das Classes. O Dr. Arlindo comentou sobre a falta, digamos, as poucas reclamações. Eu assisti, numa daquelas raras convenções, com assembleias das próprias Classes, que tinham mais ou menos umas 200 ou 300 pessoas. Dentro desse grupo de 200 ou 300 pessoas, só 3 ou 4 se prontificaram a reclamar. E inclusive essa assembleia foi feita porque a Diretoria anterior tinha — não se sabem exatamente os detalhes — gasto, malgasto ou sumido o dinheiro dos associados. Então, eles queriam eleger uma nova diretoria, uma nova gerência das Classes. Muito bem. Um ponto que é a favor dessa organização: em vez de aumentar as mensalidades, não sei se porque queria ficar dentro da lei ou por generosidade deles, sugeriram uma contribuição espontânea, da qual eu participei, porque eu acho bem melhor do que simplesmente aumentar as mensalidades à revelia, sem perguntar, sem aprovação dos associados. As Classes





descredenciaram vários hospitais ou vários serviços de laboratórios sem compensar com outros hospitais ou outros laboratórios do mesmo nível ou da mesma capacidade. Limitação de procedimentos. Limitação de exames. Eles permitem uma ressonância magnética por ano; eles permitem somente 12 exames de laboratório por mês. Quer dizer, se eu tiver 13 exames para fazer, tem que dividir em 2 meses. Tem que dividir 6 exames e meio num mês e 6 exames e meio noutro mês, para ser um pouquinho jocoso, porque não tem meio exame — ou faz ou não faz. Então, é esse tipo de procedimento que eu acredito que a maioria das empresas de seguro-saúde adota. Minha mãe, infelizmente, era associada do Hospital São Luís e veio a falecer por negligência. Eu entrei num processo totalmente contra o hospital, que perdi por causa justamente do corporativismo dos médicos e do hospital, e era mais ou menos a situação que a gente está encontrando e enfrentando hoje. Tenho muito mais para falar, o tempo é limitado, mas poderia continuar. Não tenho documentos para apoiar, para comprovar tudo isso, mas, se precisar, eu posso continuar dentro da CPI dando outros exemplos. É a única coisa que posso fazer. Agradeço a atenção de todo mundo. (*Palmas.*)

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Nós agradecemos ao senhor. Frente a essa limitação de tempo, qualquer um dos convidados, caso queira, pode depois fazer um relato por escrito e colocando até a limitação: não tenho provas, é pessoal etc., se julgar que aquilo que o senhor tem a relatar possa esclarecer. O que o senhor relatou confirma, pela experiência do senhor, aquilo que os membros da CPI, em certa medida, já conhecem, o que não diminui, apenas é o exemplo vivo que o senhor aqui está dando, e deve ter aí vários outros, não é? Está bem?

**O SR. SABATINO ADRIEN LEVY** - Muito obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Obrigado ao senhor. O Sr. Jorge Beloqui.

**O SR. JORGE ADRIAN BELOQUI** - Boa-tarde, Srs. Deputados e platéia. Eu agradeço a oportunidade de poder aqui falar do que me aconteceu. Eu quero lembrar: eu pago um dos planos mais caros que tem aqui, que é o OMINT. Então, eu queria falar sobre o que me aconteceu. Isso está aqui devidamente documentado, uma cópia eu deixo aqui para a CPI. Então, foi o seguinte: eu sou sócio desde 90.



Em 2001, fui internado 2 vezes, por trombose e embolia pulmonar. Na segunda internação, no Hospital Albert Einstein... Nas 2 vezes me pediram cheque-caução. Eu tive que... Na segunda vez, pela recorrência, eu tive que ter um procedimento assim: colocaram um filtro na veia cava. Quando terminou a segunda internação, antes de sair, como tinha feito na primeira, falei com a pessoa da OMINT, que estava lá, e falei com a pessoa do hospital, que estava lá assim no caixa, para saber se estava eu devendo alguma coisa. E ele fala: *“Não, telefonema, almoço para acompanhante etc.”* Aí, tudo bem. Daí a um mês, chega um boleto bancário, um pouco mais de 200 reais, que eu paguei com esses gastos que já tinham sido mostrados para mim, e me devolveram o cheque-caução ao mesmo tempo, na hora da saída do hospital. Três meses depois, em abril, eu recebo uma ligação do hospital dizendo que esse filtro de veia cava o meu convênio se negava a cobrir e que, então, eu devia pagar. Mas falei: *“Com 4 meses depois de ter saído, você nunca me falou nada disso que estava examinando, que não estava encaminhando. Que história que vou... daqui a 3 meses eu vou ter que pagar o quê, então? Outra conta vai aparecer de novo?”* Aí, então, eu solicitei ao plano que falasse. O plano falou que, como eu tenho um plano velho, eles não cobriam prótese de qualquer natureza. Aí eu falei com meu médico. O médico me disse: *“O que você tem não é prótese, é órtese e, portanto, está coberto”*. Está aqui. Aí, então, eles insistiram em não cobrir. Levei o negócio ao PROCON, auxiliado por uns advogados — eu participo de ONG de AIDS — e aí chamaram a OMINT a se explicar. A OMINT não falou absolutamente nada, a OMINT falou que... a pessoa responsável falou que nesse momento ela não podia falar nada e também não se... não falou no prazo dado, que foram 2 dias, nem nunca mais. Ela depois me ofereceu um “acordo” — entre aspas: um deles pagaria a metade. Mas eu disse: *“Que acordo vou fazer? Se vocês têm que pagar tudo, por que eu vou fazer acordo?”* Então, não fiz nada disso. Me ofereceram um plano novo, que tinha um reajuste altíssimo de 3 vezes o que eu pagava para os 60 anos; eu tenho já 54. E, recentemente, me ofereceram, esse mês passado, como eu tenho um plano velho, pagar 31% a mais do meu plano, atualmente, para cobrir, entre outras coisas, prótese e órtese, coisa que no... no parecer do PROCON é tido como cláusula abusiva, porque não pode fazer uma cirurgia, ou seja, a cirurgia... se eu pudesse pagar a órtese, então podia fazer a



cirurgia, agora a cirurgia é coberta, mas a órtese, não. Então, não faz sentido fazer a cirurgia se você não tiver o dinheiro extra para cobrar. Então, eu queria... Esse rapidamente foi o meu caso. Eu espero que esta CPI realmente signifique um avanço na proteção de consumidores e de segurados e que não fique uma coisa inconclusiva. E espero que sobretudo para aqueles que não tiveram, como eu, acesso a uma ONG que protege consumidores de saúde, que teve atenção judicial gratuita e que... Bom, tive também que superar a fragilidade do momento, da reclamação por parte do hospital e por parte da organização de saúde, porque eu tenho medo, na próxima vez que eu entrar nesse hospital, o que possa acontecer, se o cara vai dizer: *“Agora o senhor chegue, meu querido, vai ficar aqui, vou cobrar tudo o que você tá me devendo”*. Tá certo? Então, era isso o que eu tinha para depor. E fica aqui a cópia.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Muito obrigado. Vou passar para Carla, que vai dar um recibo para o pessoal aí, comprovando que a CPI recebeu. Dr. Torquato. (*Pausa.*) É médico também, Dr. Torquato? Médico e usuário. Muito bom.

**O SR. ROBERTO JUNQUEIRA TORQUATO** - Boa tarde. Dr. Arlindo, Dr. Jamil Murad, eu os conheço de Brasília. Uma breve apresentação: desde 94 eu sou diretor de uma maternidade, fui diretor de uma maternidade, e, desde aquela época, eu atuo nas associações médicas, nas entidades médicas, sempre na defesa profissional no Estado e nacional. Por isso que algumas vezes nos encontramos por aí. Hoje eu faço... estou até meio careca por causa da quimioterapia... hoje eu faço um tratamento pelo SUS. Em 90, o melhor plano que nós tínhamos era da Saúde Bradesco, um plano específico para médico. Em 1990, eu fiz esse plano. Durante 4 anos, nunca ninguém usou na família. Em 1994, quando eu estava em plena diretoria da maternidade, até por uma questão de *stress*, falta de médico — então, como diretor, eu tinha que dar mais plantões —, eu vim a ser internado e foi feito diagnóstico de esclerose múltipla. Lembrava muito pouco o que era esclerose múltipla, da época de faculdade. Primeiro dia, um médico apareceu para fazer visita, um neurologista. Segundo dia, um neurologista e um urologista, porque eu tinha incontinência urinária. Terceiro dia, um neurologista, um urologista e um infectologista, porque tinha dado um diagnóstico de esquistossomose cerebral. Aí,



eu cheguei àquela conclusão: quando um médico aparece no quarto, a coisa é simples; quando aparecem 3 ou 4, começa a ficar complicada. Me deram esse diagnóstico no dia da alta. Fiquei meio sem saber exatamente qual era o meu futuro na esclerose múltipla. Ela é uma doença que poderia ser em surtos, remissão e surtos até que não levasse a nenhuma conseqüência, ou uma doença progressiva, como é o meu caso. Essa primeira internação... eu fiz todos os papéis da internação para o Saúde Bradesco, que eu tinha há 4 anos e nunca tinha usado. Nesse documento, foi colocado pelo neurologista que eu tinha esclerose múltipla. Tenho isso tudo documentado, porque fez parte de uma ação. Quando eu saí do hospital, eu recebi uma carta do Bradesco, que ele estava pagando aquela minha internação, mas que, a partir dali, qualquer coisa que se relacionasse à esclerose múltipla, eu não estaria coberto. Aí eu perguntei: *“Mas se eu for atropelado na rua?”* *“Bom, se o senhor for atropelado, o senhor vai ter que provar que não foi porque o senhor andou mal, o senhor andou errado, o senhor já andou com problemas, por causa da sua esclerose múltipla, e por isso foi atropelado. O senhor provando isso, o senhor tem o direito”*. Entrei com essa ação. Existia uma cláusula, no contrato de 1990, de que o plano não cobria doença crônica e ponto. Ele não especificava mais nada. Era apenas um ponto final. Por esse motivo, eu ganhei a ação, em São Paulo, e perdi essa ação, anos depois, em Brasília. Terminando, eu acabei ficando sem nenhum plano de saúde. Tentei fazer outros planos de saúde. Se recusaram a partir do momento que eu fui honesto em preencher a ficha. Alguns planos até aceitaram. Achei meio estranho. Por que aceitaram? Esperei algum tempo, para ver se me chamavam para fazer um exame médico. Não. Não chamaram. Sete meses depois, me mandaram uma carta e devolveram aqueles meses que eu havia pago, sem reajuste nenhum, dizendo que não me aceitavam mais porque eu tinha uma doença chamada esclerose múltipla. Então, eu acho que foi dito na Mesa que há uma redundância dos problemas. Mas essa redundância existe, porque os problemas não foram resolvidos. Existe uma redundância. Existe um problema, esse tipo de problema. Existia antes de 98. A lei veio com uma grande esperança, e muita coisa mudou para regulamentar essa atividade, essa terra sem lei. Apesar de essa lei chegar em 98, ela até hoje... os problemas maiores continuam. Por pertencer a essas entidades, como defesa profissional, eu freqüentei muitos simpósios, me



inteirei muito a respeito, até por causa própria. Um dos últimos simpósios, realizado no Renascence, simpósio internacional, onde tinha alguns americanos e tinha o Dr. Arlindo, com a ABRANGE... *(Pausa.)* Arlindo Almeida, desculpe. E foi colocado... Na época, eles queriam implantar o *manage care* em São Paulo. Foi colocado um *slide*, que fazia uma coisa muito simples. A empresa tem que dar lucro. Se, lá em cima, ela tinha um lucro “x”, ela aqui embaixo, anos depois, tem que dar o mesmo lucro. Se o Governo impõe que as operadoras, as empresas de planos de saúde, têm que arcar com mais coisas, eles têm de alguma forma de manter o lucro. De alguma forma, eles vão tirar. É aí que entra o que todas as entidades falam, a caixa-preta. Essa caixa-preta nem a ANS repassa. Pertencendo a essas entidades, eu fiz parte da Câmara Técnica da ANS. A ANS simplesmente marca uma reunião para comunicar que é isso ou aquilo. Mas essa caixa-preta nunca foi aberta. Se essa caixa-preta nunca foi aberta, planos como a AMIL, que gastam fortunas em termos de *marketing* como empresa... Perfeito, eu compreendo que ela tenha que gastar com *marketing*, mas não compreendo quando eu fiquei doente, em 1994, que eu atendia AMIL, eu recebi, não uma carta — porque a AMIL não manda carta, ela chama para uma reunião —, eu recebi um comunicado que se eu não fosse capaz de manter a produção de consultas que eu tinha, eu estava descredenciado. Eu recebi, como membro da defesa profissional, médicos com 60 anos que não recebiam absolutamente nada há meses. E, esses médicos, qual o valor que eles deveriam receber? Dez reais para cada consulta, isso era o plano da Samcil. Mas a Samcil foi vendida, ele foi atrás de quem comprou. Foi vendida para outro, ele foi atrás de quem comprou. E acabou chegando, ao fim da história: “*Olha, eu comprei a Samcil, foi transferência disso e daquilo, eu não sei se deve para o senhor ou não deve para o senhor*”. Ele, 60 anos, não faz mais nada. Sessenta anos não tem absolutamente mais nada. A Constituição coloca que saúde é um dever do Estado. Isto eu ouvi muitas vezes: que é um dever do Estado. Então, você supõe que aquela empresa está fazendo alguma coisa pelo Estado. Da mesma forma que ela não está fazendo, é também proibido pela Constituição qualquer discriminação. Eu fui discriminado, como médico, por ser portador de uma doença. A partir dali, é engraçado como as coisas correm muito rápido. Eu fui discriminado como cidadão, a partir do momento que eu quis fazer um plano de seguro, e fui descredenciado de



planos de seguro que eu tinha. Então, nem seguro-saúde, nem seguro de vida. Eu só posso ter para acidente pessoal. Então, essa discriminação também não é correta, a meu ver, nem a de saúde, nem do plano de saúde, nem a discriminação de uma seguradora. Eu vou contra o que disse o Dr. Arlindo Almeida, que a ABRANGE tem um poder de fiscalização, porque nem o Conselho Regional de Medicina tem o poder de fiscalização que deveria ter. Não tem, e a gente pena muito pelo Conselho Regional de Medicina. Se a ABRANGE tem, o CONANGE, eu realmente não conheço, e até gostaria de saber mais sobre todo relatório do CONANGE. Porque eu estou cansado de receber queixas de operadoras, de empresas que estão ligadas à ABRANGE, mil denúncias como a minha ou mais graves do que a minha. É o que eu tinha que colocar. Obrigado. (*Palmas.*)

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Agradeço ao Dr. Torquato. Com a experiência profissional e, lamentavelmente, também essa experiência de usuário, e tendo participado da Câmara da ANS, se tiver alguma sugestão de aprimoramento, seguramente terá... Depois nós vamos entrar em contato, porque aqui tem um limite de horário, mas gostaria muito de ter as suas sugestões para que a gente pudesse aproveitá-las no limite do que a CPI vier a concordar e propor e também junto ao Governo.

**O SR. ROBERTO JUNQUEIRA TORQUATO** - Sr. Presidente, o que eu já coloquei em alguns congressos e simpósios, a respeito da ANS... para mim... eu conheço muitas pessoas lá dentro, são amigas, participamos de churrasco juntos, mas, para mim, a ANS teria que ser reformulada por inteiro, de ponta a ponta. (*Palmas.*)

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Vou chamá-lo de senhor, pela formalidade, mas a sua opinião coincide com a de muitos Parlamentares. Inclusive, é a minha opinião. De maneira cuidadosa, coloquei isso para o Ministro da Saúde. Cuidadosa, porque não quero aqui relatar, mas cheguei a sugerir que no Ministério da Saúde tivesse algo... que a criação de agências, não só a ANS, como a ANATEL, como a ANEEL, vai num rumo de que eu pessoalmente discordo. Eu sou contra um organismo sobre o qual ninguém da sociedade consegue ter controle, a não ser a própria diretoria. Isto, na minha opinião, é uma aberração: uma agência que tem diretores em que ninguém mexe, nem o Congresso, nem o Presidente da



República, nem o Poder Judiciário, a não ser em condições excepcionalíssimas, que eu não sei nem citar. Então, evidentemente, nós precisamos, de fato, refletir, mas essa opinião tem muito eco na CPI. Obrigado. Bem, nós temos ainda 2 convidados, que é a Sra. Regina e a Sra. Kelly Cristina. Eu vou agora cuidar dos 5 minutos para cada uma, por falta de alternativa, até porque os Parlamentares têm vãos marcados. A Sra. Regina com a palavra, por favor.

**A SRA. REGINA CÉLIA ZANKE** - Boa-tarde a todos. É uma pena que nós tenhamos tão pouco tempo. Eu tenho muita coisa para dizer aqui, mas eu vou falar o principal.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Se tiver por escrito, a gente recolhe e vai ter igual valor, viu?

**A SRA. REGINA CÉLIA ZANKE** - Tenho. Montei um dossiê especial para os senhores. Aqui constam as minhas cartas enviadas para a Samcil; os órgãos que me responderam, a ANS, OAB, a PM, PROCONs da cidade onde eu moro, que é São Bernardo do Campo; publicações denunciando a própria ANS; o PROCON denunciando a ANS; enfim, até propaganda enganosa aqui que a Samcil faz. Eu tenho aqui uns panfletos para os senhores avaliarem, reportagens sobre a Samcil. Bom, deixa eu iniciar. O plano, na verdade, é da minha mãe. Nós adquirimos esse plano em julho de 93, junto à UNICOR. Aí, em 2000, a Samcil adquiriu a carteira da UNICOR, porque a UNICOR foi liquidada extrajudicialmente. Aí, nós continuamos com problemas, porque a UNICOR descredenciou inúmeros médicos. Enfim, não vou me ater a esse período, porque não vai dar tempo. Na verdade, eu vou me ater só ao ano de 93. Não vou citar tudo que a gente já viveu do ano 2000 para cá, com a Samcil. Nesse ano, a minha mãe teve diagnosticada pela Dra. Davimar, que é hematologista, uma doença que se chama aplasia de medula óssea. Portanto, ela precisa de um tratamento de pulsoterapia. O que aconteceu? Nós, no ABC, São Bernardo do Campo, temos atendimento através da Nova Saúde. A Nova Saúde é uma prestadora de serviços lá no ABC. A Samcil a contratou para que nós pudéssemos ter o atendimento através dela. E aí, diante da necessidade desse tratamento, a Nova Saúde simplesmente negou o tratamento, alegando que minha mãe tinha carência. Vejam, o plano foi comprado, adquirido em 93. Nós estamos em 2003. Isso aconteceu este ano. Aí, a outra alegação para não fazer o tratamento,



qual foi? Eles disseram assim: “*Olha, nós vamos fazer o tratamento da sua mãe, mas aqui na nossa unidade própria, porque a médica tem o seu próprio consultório, então, ela faria o tratamento lá no consultório dela, sob a sua supervisão, obviamente*”. A médica disse: “*Olha, eu não vou aceitar que o tratamento seja feito em outro local, porque não é sob a minha supervisão. Eu não vou me responsabilizar por isso*”. Só que a Nova Saúde não tem outro prestador nessa especialidade, lá. Então, minha mãe ficaria fazendo um tratamento num local que não teria a supervisão de médico nenhum, quer dizer, improvisaria mesmo. Então, se for assim, até em casa a gente faz um tratamento, é só aplicar na veia, como se fosse uma quimioterapia. Enfim... Aí, um outro problema que nós tivemos... Devido a esse problema dessa doença e esse tratamento, a minha mãe começou a ter problemas de hipertensão. Ela já tinha, e, aí, os problemas começaram a ser agravados por causa do tratamento. Ela precisou de um cardiologista. Dos 7 cardiologistas que havia no livreto, apenas 1 estava atendendo na rede própria da Nova Saúde. E, aí, o que aconteceu? Esse médico disse para minha mãe assim: “*Olha, a senhora não tem nada, seus problemas são psicológicos*”, apesar de ela ter hipertensão, arritmia, prolapso da válvula mitral. Aí ela disse: “*Bom, o senhor deve estar sendo pressionado pelo plano para não pedir exames*”. Diante disso, o que aconteceu? O médico ficou nervoso, destratou a minha mãe. Disse para ela: “*A senhora não apareça mais aqui*”. Enfim, um horror. Como só tinha ele para atender, o que nós resolvemos fazer? Pagar um médico particular. E nós escolhemos quem? Um médico que já tinha tratado dela durante os 3 últimos anos. Ele foi descredenciado pela Samcil, apesar de que a Samcil alega que eu escolhi um médico a meu bel-prazer. Só fazendo um parêntese aqui, eu estou muito nervosa, indignadíssima, porque eu acabei de dar uma entrevista para a *TV Cultura* e para a *Rádio CBN* e *Eldorado*. E a Samcil, simplesmente, respondeu à minha denúncia com mentiras. Eu tenho como provar isso. Toda essa documentação prova o que eu estou dizendo. Eu não tenho medo nenhum. Inclusive, se os senhores me convocarem para ir até Brasília, para dar continuidade, eu vou com o maior prazer. Bom, deixa eu citar aqui mais uma situação bem recente. Nesse último sábado, eu liguei lá para a Central de Atendimento, porque o livreto que eu tenho não serve mais para nada e aí, na última quinta-feira, minha mãe passou por um médico, e ele





pediu um exame, uma audiometria. Eu liguei no sábado, pedi para a atendente: “Olha, eu preciso fazer uma audiometria. Onde é que eu posso ir?” “Nós não temos credenciado”. Bom, aí eu resolvi pesquisar cardiologia. Como eu já disse para os senhores, dos 7 que havia, só 2 estão atendendo. Um havia parado de atender e voltou, então, fica aquele pingue-pongue, uma hora atende, outra hora pára. E hospitais? Hospitais, havia 6. Hoje, tem 3. Eu não sei até quando, também. Então, eu queria concluir aqui dizendo o seguinte: como os senhores já disseram, a ANS realmente não faz nada. Eu lamento dizer isso. A ANS tem conhecimento de tudo isso desde o ano 2000, como os senhores vão poder verificar através dos documentos. Infelizmente, nós somos reféns dos planos de saúde. Eles estão aí. Infelizmente, o Dr. Arlindo que me perdoe, mas olha, o senhor realmente está por fora. Me desculpe. Essa não é somente a minha opinião. É a opinião de muitas pessoas que estão aqui. Imaginem que, se o Brasil estivesse aqui, ele estaria clamando para que os nossos nobres colegas aqui realmente fizessem alguma coisa por nós. (*Palmas.*) Seria mais ou menos isso que eu teria para dizer. Teria muitas coisas para dizer aqui, inúmeras outras situações vividas este ano, inclusive, mas o tempo realmente não permite.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Mas pode ficar tranqüila, porque aqui está bastante documentado. Eu até peguei aqui a pasta referente à propaganda. É aquela velha história: planos a partir de 24,80 reais, rigorosamente aquilo que já foi mencionado aqui pelo Deputado Jamil Murad. Inclusive porque, veja, um plano que cobre 20, 30, 40 reais, primeiro, vai ser escolhido — não estou dizendo que é o seu, mas só para aproveitar aqui essa propaganda que eu olhei —, ele vai servir para as pessoas que podem pagar menos, um plano bem barato. Mas são exatamente essas pessoas que vão acabar dispendo de um percentual maior do seu salário. Então, isso aqui é um caça-níquel. Plano de 30 reais não serve rigorosamente para nada.

**A SRA. REGINA CÉLIA ZANKE** - É para enganar as pessoas.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Isso tem de ser proibido, na minha opinião. É por isso que aquilo que às vezes é entendido como engessamento é exigência mínima de um plano para poder existir, porque senão ele vai cobrar e vai mandar para o SUS. Essa é a lógica de sempre. Se depois,



examinando os documentos, os Parlamentares entenderem que você deva ser convidada novamente, nós o faremos. Mas, a partir dos documentos e daquilo que você relatou já dá...

**A SRA. REGINA CÉLIA ZANKE** - Uma idéia.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Uma pista bastante segura.

**A SRA. REGINA CÉLIA ZANKE** - Só para finalizar aqui, eu acabei de receber uma publicação do Sindicato dos Médicos dizendo que a Samcil desrespeita o Código de Ética Médica. Então, acho que não tem mais muito o que se dizer. Ela, tal quantas outras aí, desrespeita a todo minuto a gente e não está nem um pouco preocupada. Infelizmente, o Governo, a ANS não faz nada, lamentavelmente. Obrigada aos senhores.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Obrigado a você também. Agora, a Sra. Kelly Cristina de Castro Queiroz.

**A SRA. KELLY CRISTINA DE CASTRO QUEIROZ** - Boa-tarde. Para aproveitar o tempo, fiz um pequeno resumo. Me sinto até pequenininha assim diante dos problemas dos demais, mesmo assim, considero como injustiça. Fiz um contrato com a Saúde Internacional Assistência Médica e o contrato cancelou o meu convênio alegando que eu sou portadora de acne. Acne são espinhas, cravos, essas pontinhas que eu tenho desde a adolescência. Vou relatar um pouquinho a história do caso. Quando eu assinei o contrato, eles esperam que a gente faça uma declaração. E aí na declaração tem lá as doenças e você responde "sim" para as que você tem e "não" para as que você não tem. E foi o que eu fiz. Então, depois de algum tempo, depois de alguns meses, eu procurei uma dermatologista para fazer tratamento porque as minhas espinhas estavam ficando com marcas, deixando marcas, e isso incomoda muito. E, aí, eu fiz o tratamento, só que não estava fazendo efeito. Procurei novamente o dermatologista e ela sugeriu um tratamento mais grave: isotretinoína, Roacutan. Para fazer esse tratamento, eu precisava fazer exames laboratoriais. Pedi para a assistência médica a autorização para os exames. Eles alegaram "estético". Também como eu pensaria que seria caso de estética, normalmente. Daí eu fui correndo à médica: "*Pelo amor de Deus, vamos mudar o tratamento, porque esse eu não vou poder fazer*". E aí ela me explicou, falando que



o grau de acne que eu estava, que é grau 4, era o pior grau que tem, e que a ANS não considera como caso de estética. Então, a médica passou um relatório de próprio punho, que eu enviei, um relatório que seria enviado ao SUS, que está escrito lá: "*paciente acne grau 1 há 8 anos*" e, através desse relatório, eles cancelaram o meu convênio, falando que eu tenho acne há 8 anos, que eu tenho conhecimento, e que não coloquei na declaração. Porém, não havia nenhum item na declaração. Acredito que nenhum convênio tenha escrito lá "acne". Eu também não poderia chegar...

**(Não identificado)** - Daqui para a frente vai ter.

**A SRA. KELLY CRISTINA DE CASTRO QUEIROZ** - Pode colocar, porque assim, não existe, acredito que não exista nenhuma declaração diferente para adolescente, e acne é supercomum na adolescência. E aí, quando eu fui ao PROCON, eles falaram que tinha as doenças mais comuns, que acne não é uma doença muito comum. Aí, tudo bem. Então, eu também não poderia colocar aleatoriamente um item lá, "doenças dermatológicas, acne, sim". Eu não ia fazer isso. E aí, no PROCON, também eles alegaram que eu tinha conhecimento de poder consultar o médico, só que eu não tinha dúvidas em responder aquelas questões, eu sabia o que eu tinha e o que eu não tinha. O problema é que na declaração não havia nenhum item referente à acne. E aí eles cancelaram e fim de papo. Então, procurei o Juizado. Consegui uma liminar para poder utilizar o convênio, só que depois eu quis fazer um procedimento médico e eles falaram que foi uma informação, mas, para mim, era uma ameaça, de que eles cobririam o procedimento, só que, caso o Juiz decidisse a favor da Saúde Internacional, eu seria obrigada a pagar todas as despesas. Então, é esse o meu caso.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Como você observou, o fato de ser algo mais simples frente a outros episódios não diminui a importância do ponto de vista de funcionamento do sistema, porque isso dá uma visão do conjunto. Das coisas mais simples até aquelas bem graves, existe uma rota de funcionamento. Nós agradecemos. Se você também quiser entregar para a CPI o que você tiver será útil, até porque tem médico que só lembra de acne porque estudou, porque, por experiência pessoal, ninguém mais lembra.



**A SRA. KELLY CRISTINA DE CASTRO QUEIROZ** - Bom. Obrigada.  
(Palmas.)

*(Intervenção inaudível.)*

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Deixe eu dizer para a senhora. Aqui, ainda que a gente tenha dado essa possibilidade, falam na CPI os convidados e os Deputados. Essa é a regra. Portanto, eu nem sei qual seria a abordagem que a senhora faria. Um minutinho só. Não pode haver, digamos, uma atitude discricionária da minha parte, porque eu não tenho esse poder também. Eu tenho que seguir regras. Quero aqui consultar os demais Deputados sobre se, havendo esse pedido, nós podíamos abrir para ela, mais uma ou duas pessoas que queiram fazer alguma observação. Isso, evidentemente, não tem respaldo regimental. Então, eu queria sugerir o seguinte: que algum Parlamentar a ouvisse, pode ser até eu, mas fora do âmbito da CPI, senão, eu vou explicar para a senhora, isso nos desautorizaria, ainda que não seja a sua intenção. Compreendeu? Então, aqui tem um rigor formal que a gente tem que seguir, mas eu me disponho a ouvi-la, e algum Parlamentar também eventualmente pode ouvi-la.

**O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD** - Só uma questão de ordem.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Pois não, Deputado Jamil Murad.

**O SR. DEPUTADO JAMIL MURAD** - É bom relatar aqui para os presentes, que são pessoas interessadas, que não existe uma unanimidade nem na Câmara dos Deputados porque lá, muitas vezes, Deputados tomam a palavra para defender os planos de saúde, mesmo com todas essas queixas. Então, é conflituosa a posição em relação aos planos de saúde. Tem os que defendem os planos de saúde, tem os que cobram dos planos de saúde as suas obrigações e, se não seguirmos as regras, nós anulamos o nosso próprio trabalho.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - É essa a questão. Então, veja, não é falta de boa vontade, ao contrário, é para que esta CPI em nenhum momento e, particularmente, nesta audiência pública, seja considerada informal, que não cumpre as regras, que não cumpre as leis. Então, a gente pode depois ouvir e eu queria... Frente ao que foi exposto, eu avalio que não cabem perguntas nossas. Os fatos falarão por si para além do caso isolado, mas é para a gente entender,



digamos, como é que funciona o sistema, e creio que foi útil. É claro que vai além do que estou dizendo, porque ouvir relatos pessoais sempre é difícil para qualquer um. Portanto, eu quero caminhar para o encerramento desta audiência pública, agradecendo aos convidados...

**O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES** - Pela ordem. Questão de ordem. Eu quero usar da prerrogativa que o Relator tem de usar da palavra antes do encerramento.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Sim.

**O SR. DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES** - Eu gostaria de fazer apenas algumas observações, Sr. Presidente, porque os problemas que aqui foram detectados fazem parte do diagnóstico da saúde suplementar que nós temos no País. E como nós estabelecemos como roteiro da CPI... o nosso roteiro estabelecido desde o início foi o roteiro de uma consulta médica em que iríamos ouvir as queixas e fazer os diagnósticos, eu acredito que essa contribuição dada por todos que aqui estiveram nos ajudou bastante e vai nos ajudar bastante quando do relatório, para fazermos o diagnóstico e aí propormos a terapêutica. A terapêutica que nós queremos propor será aquela a mais ideal possível, para que o sistema não pereça e também não prejudique o principal e único responsável pela existência não só das operadoras, mas também dos prestadores, que é o usuário, aquele que está tão prejudicado. Somos defensores aqui — eu acredito que todos que fazem parte da CPI até hoje manifestaram isso — do Sistema Único de Saúde, que é o melhor plano, dentro da filosofia que existe neste País. No entanto, a filosofia está passando por vãs palavras, e o SUS não tem cumprido suas obrigações, principalmente no que concerne ao atendimento à saúde dos brasileiros. As filas que os nossos cidadãos e cidadãs enfrentam para conseguir uma consulta médica são quilométricas. O atendimento que o SUS nos oferece é irrisório e muito deficiente em todos os âmbitos da saúde do País. Por isso, existem os planos de saúde. No dia em que o SUS e o Poder Público tiverem a sua ação junto ao cidadão, com certeza só vai existir plano de saúde para aqueles que quiserem hotelaria cara. O que não é o caso de milhões de brasileiros, que querem unicamente uma assistência de saúde decente, e o SUS falha no momento em que eles mais precisam. Daí, repito, a existência dos planos de saúde. Enquanto isso, vamos ter



que estudar um meio de buscarmos o aprimoramento da relação que existe entre o usuário, a operadora e o prestador, que foi aqui muito bem falado e detectado, porque o problema existe no âmbito dos 3 segmentos. Porque as operadoras fizeram as suas queixas, os prestadores queixaram-se muito, e os usuários sofrem bastante. Mudanças, nós vamos propô-las. Já temos, inclusive, no âmbito da nossa CPI... como o Relator, o nosso corpo de assistentes, de auxiliares e de consultores à nossa disposição... já estamos, inclusive, preparando um esboço do nosso relatório. E, dentro das mudanças que nós pretendemos propor, existem algumas que já foram, inclusive, faladas aqui, mas eu gostaria de repetir aqui a questão do plantão permanente por parte da operadora para a liberação da senha; evitar aquela questão do cheque-caução, um formulário único, porque a UNIMED tem um formulário, a AMIL tem um formulário, a CASSI tem outro formulário, e assim por diante; para facilitar o atendimento, e até mais um pouquinho de carinho para aquele que vai buscar o atendimento na recepção do hospital ou do prestador; um protocolo médico, porque com os protocolos médicos vamos evitar também os abusos por parte dos prestadores que, sabemos, muitas das vezes incham as contas para poder compensar a deficiência no pagamento das diárias hospitalares, porque a operadora paga muito pouco. Ao fazerem uma cirurgia, gastam 10 pacotes de gaze, mas botam 20, 30, para poder compensar uma coisa com a outra; aí, vem o tal do auditor. O auditor vem e faz toda aquela glosa. E, então, ele não tem a quem recorrer, porque na hora em que ele glosa, o prestador vai recorrer a quem? Recorrer ao próprio plano de saúde. Então, pretendemos criar também um sistema de auditoria neutra, em que (*ininteligível*) seu recurso e evite que a operadora fiscalize o que ela mesmo glosou. Pretendemos também fazer isto: criar e implantar neste País uma câmara técnica, para evitar também os abusos nos exames, como aqui foi citado. Muitas vezes, você, com uma simples radiografia, faz um diagnóstico de uma pneumonia. Mas muitas vezes é solicitada uma tomografia, porque é preciso pagar o aparelho... Aí, encarece o plano, encarece para o usuário, que é o ponto final e o bem maior. A migração de planos antigos para planos novos. A ADIN, agora, fez com que a lei prevalecesse. Foi uma detecção do próprio Dr. Luiz Fux, que esteve conosco lá na CPI, e do Ministro do Superior Tribunal de Justiça, que analisou para nós, no âmbito da lei, a ADIN. Mas nós pretendemos fazer uma fórmula, e buscarmos uma fórmula



que possa fazer uma migração sem que haja, como aqui foi citado por um usuário, desequilíbrio nas suas finanças, que, no momento em que mudar de plano, do antigo para o novo, vai ter um aumento de 3 a 4 vezes. Nós não podemos fazer isso. Temos que ter um meio-termo, em que a operadora não seja prejudicada, mas o usuário também não seja um sofredor. Nós também pretendemos, dentro da nossa CPI, tentar — inclusive, estamos em estudo com o Ministro do Superior de Justiça, Dr. Edson Vidigal —, em vez de fazer uma modificação no projeto de lei, criar, implantar no País o Estatuto dos Planos de Saúde para poder regulamentar, de uma vez por todas, dentro da jurisprudência já existente no Ministério... para evitar o confronto de leis feitas na Câmara dos Deputados, a nível da CPI, sugestão de proposições e mudanças da lei, aprovadas em plenário e depois questionadas a nível de Judiciário. Assim, nós vamos evitar que os usuários fiquem perambulando de juizado em juizado, e muitas vezes sem conseguir resolver o seu problema. Essas são algumas das sugestões que já temos prontas para implantar uma CPI. Portanto, eu quero, mais uma vez, dizer que esta CPI, como bem disse o Deputado Arlindo Chinaglia... nós não vamos aceitar, de forma alguma, que ela venha a ser deturpada no seu caminho. A CPI... foi pedido por um de vocês, não lembro quem, que ela tenha um fim, que realmente ela tenha uma objetividade, que é diagnosticar. Diagnóstico, já temos muitos feitos neste caminho. E o fim dela vai ser por pura terapêutica, para consertarmos os erros que houver na Lei nº 9.656, que, de tanto emendada, já está remendada com 44, 45 medidas provisórias. E essa medida provisória só existe porque não encontra o amparo legal na jurisprudência, a nível de Superior Tribunal de Justiça. Portanto, meus senhores, eu acho que esta audiência foi muito produtiva, nos enriqueceu bastante. E nós só temos a agradecer a todos vocês que aqui vieram e, com os seus depoimentos, ajudaram-nos a clarear mais as nossas idéias. Muito obrigado, Presidente.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Arlindo Chinaglia) - Bem, agradeço as palavras do nosso Relator, Deputado Ribamar. Nós vamos agora encerrar esta audiência pública. E agradecer, em nome dos membros da CPI, em nome da Câmara dos Deputados, aos nossos convidados, que aqui deram contribuições. Quero me apropriar momentaneamente daquela frase do Dr. Torquato, creio, que observou bem: *“Há uma repetição, porque os problemas não são resolvidos”*. Eu



acho que isso nós vamos levar daqui como um lembrete contundente, porque, de fato, nessa fase de diagnóstico, nós ouvimos muitas repetições. Eu, pessoalmente, creio que como muitos dos companheiros da CPI, queria ir além das audiências públicas. Eu acho que elas já deram a sua contribuição. E se com a vinda da ANS nós não conseguimos chegar ao coração do sistema, que é aquele equilíbrio entre o econômico e a prestação do serviço de fato, seguramente outras propostas virão. Especificamente, no que diz respeito à UNIMED, que aqui foi denunciada pelo Dr. Florisval, creio que já há elementos de quebra de sigilo bancário e fiscal, porque foi feita uma denúncia, inclusive, de remessa de dinheiro por parte da diretoria. Portanto, agradeço a presença de todos. Quero agradecer à Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, na pessoa do Deputado Sebastião Arcanjo, que representa a Presidência. Nada mais havendo a tratar, agradeço a presença de todos na reunião e declaro encerrados os trabalhos. Muito obrigado. (*Palmas.*)