

PROCESSO Nº: 33910.010106/2020-60

VOTO Nº 11/2020/DIGES

Prezados Diretores Membros da Diretoria Colegiada da ANS,

1. Tendo em vista a inclusão na pauta da 528ª Reunião de Diretoria Colegiada – RDC DICOL do item “resposta institucional à consulta decorrente da Recomendação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 26, de 22 de abril de 2020 (Processo SEI nº 33910.010106/2020-60)”, apresento a seguir uma proposta alternativa de manifestação, elaborada considerando os elementos que permearam os aspectos técnicos já trazidos pela NOTA TÉCNICA Nº 4/2020/ASSNT-DIDES/DIRAD-DIDES/DIDES (documento SEI 16991449). A abordagem buscou contemplar os principais argumentos contidos na referida Nota num texto mais conciso e de linguagem mais acessível, buscando evidenciar as particularidades do setor de saúde suplementar, sobretudo no tocante à dinâmica das relações contratuais e seus respectivos fluxos financeiros, para então concluir sobre os prováveis impactos na organização operacional, gestão da assistência à saúde e na administração financeira derivados de uma eventual requisição centralizada de leitos para combate à pandemia.
2. Respeitosamente submeto, portanto, o texto a seguir para a deliberação da Diretoria Colegiada da ANS e VOTO pela sua utilização como manifestação à consulta objeto da presente matéria:
3. Em atenção à solicitação do Ministério da Saúde, encaminhada a esta Agência para análise e providências, conforme Despacho nº DATDOF/CGGM/GM/MS (16773433), ao tempo em que se apresenta cordiais cumprimentos, passa-se a expor as considerações técnicas que são possíveis de se avaliar por ora, diante do quadro de instabilidade e incertezas gerado pela pandemia.
4. Trata-se de pedido de manifestação sobre a Recomendação nº 26, de 22 de abril de 2020, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que propõe ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, que requisitem leitos privados, quando necessário, e procedam à sua regulação única durante a pandemia de COVID-19.
5. A *Corona Virus Disease* - COVID-19, como sabido, é uma doença que deriva de novo agente da família do Coronavírus descoberto ao fim de 2019, que se disseminou com grande velocidade e em escala global. Diante da gravidade, a Organização Mundial da Saúde - OMS emitiu seu mais alto nível alerta de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, tendo caracterizada a doença como pandemia.
6. A história natural da COVID-19 ainda está sob investigação científica e a cada dia surgem novas informações sobre a doença. Do que já se sabe seu comportamento está ligado a síndromes respiratórias, com registros de comportamentos que variam de infecções assintomáticas a patologias mais graves, como a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (Mers-CoV) e a Síndrome Respiratória Aguda Grave (Sars-CoV). Não há vacina e medicamentos específicos disponíveis até o momento, de modo que o tratamento é direcionado aos sintomas, para debelar a doença e reduzir o desconforto dos pacientes.

7. Diante desse quadro de emergência sanitária, que já gerou número galopante de contaminados e de óbitos no mundo e no país, as autoridades brasileiras adotaram uma gama de medidas e normas, em regime de urgência, com vistas adotar mecanismos dinâmicos e flexíveis que permitam o enfrentamento dessa pandemia.
8. Nessa conjuntura, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS tem se alinhado às autoridades sanitárias e envidado todos os esforços no intuito de contribuir para respostas céleres e efetivas no combate à COVID-19, dentro do espectro das competências legais que lhe foram atribuídas, na qualidade de Agência Reguladora do setor de saúde suplementar.
9. Criada pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, à ANS foi incumbida da função regulatória de promover o equilíbrio e a eficiência do setor de saúde suplementar, chamando as operadoras de planos de assistência à saúde à responsabilidade não só pela manutenção, mas pela qualidade dos serviços de assistência médico-hospitalar e odontológicos oferecidos no mercado privado. Sua missão é descrita no art. 3º, não sendo outro seu papel senão o de “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País”.
10. Para o desempenho a seu objetivo institucional, foram-lhe reservadas as competências gerais arroladas no art. 4º de sua Lei de criação, em parêntese com as diretrizes da lei reitora dos planos de assistência à saúde (Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998), entre as quais, releva frisar, a de regular as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras de planos de assistência à saúde e de exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia do acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras (inc. II e XXIV).
11. Para dar consecução a esse feixe de competências, a ANS foi dotada dos poderes para regulamentar o mercado e fiscalizar o cumprimento das normas. Cuida, em especial, de determinados aspectos de seu funcionamento, buscando, se não corrigir, ao menos, atenuar suas falhas, em especial a assimetria de informações entre beneficiários, operadoras e provedores dos serviços de assistenciais, na busca do equilíbrio sistêmico entre esses atores e, com isso, a sustentabilidade do setor.
12. O alvo da regulação a cargo da ANS é o produto que se opera na saúde suplementar, qual seja, o plano privado de assistência à saúde. Compreende, a grosso modo, toda atividade que caracterize a cobertura de riscos assistenciais, com vistas a garantir o atendimento ao beneficiário, mediante seu livre acesso a serviços integrantes da rede de profissionais e estabelecimentos de saúde, seja ela própria ou credenciada, conforme a moldura fixada no marco regulatório, a teor do art. 1º, I e §1º da Lei nº 9.656, de 1998^[1].
13. Com efeito o agente regulado pela ANS são as operadoras de planos de assistência à saúde, pois o que circunscreve o objeto da regulação não são os serviços médico-hospitalares ou odontológicos em si, mas a garantia da cobertura assistencial pela administração de risco, que se caracteriza pela intermediação desses serviços de assistência à saúde. Vale o registro de que, ainda que a prestação dos serviços de saúde se dê de forma verticalizada pela formação de rede própria da operadora, a decisão do ato médico não está (nem poderia), sob sua ingerência.
14. A contratação do plano de saúde se dá pela necessidade da transferência do risco da assistência à saúde do consumidor para a operadora, mediante o pagamento de uma contraprestação pecuniária (mensalidade)^[2]. O risco é evento com condição aleatória, incerta e futura, que independe da vontade das partes. Assim, quando e se esse risco se concretizar e houver a necessidade de assistência ao beneficiário, a despesa deverá ser suportada pela operadora, conforme previsão contratual.

15. Todas as despesas com procedimentos e eventos em saúde (consultas, exames, cirurgias, internações e outros atendimentos) são repartidos entre os beneficiários. Assim, é possível diluir o custo, tornando-o viável para o consumidor. Esse é um dos pilares no qual se baseia a saúde suplementar, que é o mutualismo, que visa à proteção econômica de todo o grupo de consumidores aderidos ao plano e garantir acesso àquilo que foi contratado. O financiamento da garantia da assistência à saúde se viabiliza pela contribuição financeira de muitos beneficiários para que poucos possam fazer uso dos serviços em dado intervalo de tempo. Dilui-se, com efeito, o risco pelo rateio entre todos dos eventos sofridos por alguns. O papel da operadora está em assumir a gestão desse risco e organizar o acesso aos serviços de saúde dentro da estrutura por ela organizada.

16. Sob essa perspectiva, a execução do contrato de plano de assistência à saúde envolve uma complexa cadeia de atividades, sob a gestão da operadora, que faz o elo entre diversos elementos que compõem a infraestrutura para a assistência à saúde (insumos, materiais, medicamentos, equipamentos, profissionais, estabelecimentos e unidades de atendimento) e seu destinatário final, que é o beneficiário. A cadeia da produção em saúde compreende, pois, uma engrenagem de arranjos contratuais e organizacionais entre fornecedores e provedores de serviço entre si e entre eles e a operadora, cujos efeitos da movimentação de uma de suas peças se projeta sobre o todo.

17. Assim é que a entrega final do compromisso assumido com o beneficiário, que é o atendimento médico-hospitalar, não se dá pelas próprias mãos da operadora, pois, mesmo na verticalização, a atenção à saúde se desenvolve dentro de uma rede de relações entre fornecedores e provedores de serviços organizados na cadeia produtiva. A rede assistencial assume, com efeito, papel central para o cumprimento dos contratos pela operadora.

18. Essa característica se confirma pela exigência legal de indicação de rede de serviços assistenciais como requisito estruturante para operação em mercado, sendo determinante para a concessão pela ANS da autorização de funcionamento para atuar como operadora de planos de assistência à saúde, consoante o que se extrai do art. 8º, incisos II, III e V da Lei nº 9.656 de 1998.

19. Convém remarcar, nesse passo, que, à exceção da operadora, nenhum dos integrantes da cadeia de produção em saúde está submetido à regulação a cargo da ANS, na medida em que se trata de assunto da esfera dos conselhos e sociedades especializadas dos profissionais de saúde, assim como as entidades de vigilância sanitária em relação a instalações, equipamentos, insumos, e medicamentos para disponibilização no território nacional.

20. O setor de saúde suplementar é demarcado por relações econômicas complexas, em que a remuneração não decorre do consumo direto do serviço de saúde prestado; a decisão sobre o consumo de procedimentos e eventos em saúde em boa parte é tomada por agentes que não arcam com os custos; e o pagamento da rede não se dá apenas por unidade de serviço prestado, mas convive com outros modelos de remuneração.

21. A operação de plano de assistência à saúde depende, assim, do equilíbrio sistêmico entre os diversos agentes que atuam, de forma interconectada, na cadeia produtiva que compõe a infraestrutura da atenção à saúde, de modo que eventual quebra de contrato entre um desses integrantes pode reverberar sobre a ação dos demais, em efeito de contágio. Eventual brusca e inesperada mudança nos fluxos financeiros, por exemplo, pode comprometer a dinâmica dessa engrenagem produtiva e desencadear efeito em cadeia que, a depender de sua magnitude e do modus operandi envolvido, pode ensejar desequilíbrio econômico-financeiro no setor como um todo.

22. Essas digressões são importantes para se compreender que a produção em saúde, no campo da saúde suplementar, está imbricada em um plexo de fatores e agentes que atuam de forma interdependente, de modo que a operadora é a ponta de um dos elos da cadeia produtiva, que decerto interage e exerce poder econômico sobre os demais, mas não tem (nem a legislação permite o que tenha) o completo domínio sobre toda a produção. No caso da COVID-19, sendo o que aqui

interessa, a decisão clínica pela internação dos beneficiários e, com isso, a ocupação de leitos extrapola à gestão em saúde a cargo da operadora, ainda que tenha verticalizado parte de sua cadeia produtiva, via rede própria. Releva salientar, que essas internações se dão em regime de emergência, o que dispensa a autorização prévia das operadoras por força das regras impostas pela regulação setorial.

23. Vale destacar, ainda, que a saúde suplementar não é um setor homogêneo, pois é composto por um mosaico de operadoras de diferentes portes e arranjos jurídico-institucionais. Nele estão presentes desde conglomerados econômicos com operações em bolsa de valores a pequenas instituições confessionais.

24. Essa heterogeneidade também diz respeito a diversidades regionais da rede de atendimento à saúde, que adquire proporções expressivas quando se toma em conta as dimensões continentais do país, marcado por significativa desigualdade, seja de natureza socioeconômica, seja em termos de densidade demográfica. Tais características influenciam a organização dos serviços de saúde, especialmente no que se refere à predominância de participação do setor público ou da iniciativa privada. Não bastasse, há regiões com grande concentração de profissionais, equipamentos, instalações e serviços, ao passo que em outras predomina o vazio assistencial, considerando, ainda, as limitações de deslocamento de pacientes para receber assistência. Esses problemas se veem agravados pelo fato de que as regiões onde se concentram serviços de saúde também são caracterizadas pela ocorrência de graves disparidades de renda e condições de vida e moradia, determinantes sociais esses que impactam sobre a velocidade de transmissão da COVID-19, impulsionando, com efeito, a demanda por leitos. Não parece haver, portanto, opções de enfrentamento uniformes.

25. Alie-se a isso a mudança no perfil demográfico brasileiro das últimas décadas, que apontam para o envelhecimento da população, com implicações diretas sobre as demandas assistenciais. Hoje pessoas com 60 anos ou mais representam quase quatorze por cento de todo o universo de beneficiários cobertos por operadoras. E os idosos estão no principal grupo de risco da infecção pelo COVID-19, sendo os mais vulneráveis diante da doença, em razão de comorbidades que aumentam o grau de letalidade nesse estrato da população.

26. Quanto ao compartilhamento da rede assistencial, deve-se, ainda, considerar outra especificidade do caso brasileiro na assistência à saúde, que decorre do hibridismo no acesso aos serviços de saúde, na medida em que o SUS também lança mão de unidades privadas de forma a complementar sua rede de cuidados, consoante permissão constitucional. Dessa sorte, a distribuição dos leitos hospitalares se dirige a diferentes contratantes, sendo que a gestão dessa ocupação não se dá de forma integrada. Mais ainda, na saúde suplementar, não há, em regra, uma pactuação entre as diferentes operadoras, de modo que, salvo arranjos de intercâmbio para compartilhamento de rede (comum nas cooperativas médicas), cada operadora é responsável por garantir, dentro da sua área de abrangência e de atuação, a assistência a seus beneficiários.

27. Assim é que contratos entre hospitais e operadoras não preveem leito exclusivo para cada contratante. Os leitos são oferecidos simultaneamente a várias operadoras e a eventuais particulares mediante desembolso direto. A legislação setorial, inclusive, veda contratos de exclusividade entre operadoras e prestadores (art. 18, III, da Lei nº 9.656, de 1998). Mesmo em operadoras que mantêm rede hospitalar própria para atendimento de seus beneficiários, é comum a oferta de leitos a operadoras concorrentes e, quando não, a participação complementar na rede de atenção do SUS. Esse é o cenário mais comum nas filantrópicas (Santas Casas), especialmente nas regiões menos adensadas em termos de capacidade hospitalar instalada.

28. Nesse ponto, outra reflexão merece ressaltar, que é a gestão da rede hospitalar. Certo é que a organização eficiente dos leitos pelas operadoras otimiza o acesso à rede assistencial e contribui para a qualidade da atenção à saúde prestada ao beneficiário. A gestão de leitos hospitalares parte do pressuposto de que se trata de tecnologia em saúde a ser utilizada de forma

racional e com a indicação mais apropriada, de forma a estar disponível para os indivíduos que necessitem desse recurso para recuperação de sua saúde. Observa-se, nesse sentir, que o conceito de hospital é bastante plural, na medida em que se refere a um conjunto muito heterogêneo de estabelecimentos de saúde, unidades de diferentes portes, que podem oferecer uma variada gama de serviços e atividades e desempenhar funções muito distintas no âmbito da rede assistencial. É, pois, um segmento heterogêneo, com diferentes formatos (geral, especializado, pronto socorro etc). A organização da rede para a provisão dos serviços de saúde pelas operadoras passa, então, pela adoção de critérios de direcionamento segundo as necessidades do beneficiário, a fim de garantir a integralidade da cobertura.

29. Em razão dos diferentes arranjos de gestão e compartilhamento da rede assistencial, a opção regulatória foi a de mensurar a suficiência de rede assistencial no setor pela garantia do atendimento dentro de prazos máximos fixados pela ANS (Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011). Para cumprir esses prazos, caso as operadoras não sejam capazes de garantir a realização do procedimento por meio de prestador integrante da rede do plano contratado, devem prover a cobertura fora dessa rede, até mesmo fora da área de atuação do produto contratado, se necessário, provendo inclusive meios de locomoção do beneficiário.

30. A infraestrutura de atenção à saúde está, assim, ligada a outras variáveis que não só o número de leitos, mas também a que esse leito se destina, uma vez que a qualidade do cuidado depende de acesso adequadamente regulado. Vale dizer que a pandemia não exclui outras necessidades em saúde para além da COVID-19, pelo que a gestão da rede hospitalar pelas operadoras também deve estar voltada a atender outros agravos. A gestão unificada dos leitos públicos e privados para o enfrentamento da COVID-19 seria fator de forte impacto sobre organização do acesso dos beneficiários à rede hospitalar para outras necessidades em saúde.

31. Ainda assim, releva comentar que os 47.107.809 beneficiários de planos médicos compartilhariam os 15.898 leitos de terapia intensiva, segundo o apontado pela CNS. Como todos os beneficiários são passíveis de serem infectados, caso se confirmasse a frequência de utilização de leitos de terapia intensiva indicada pela CNS (5%), seria possível estimar, em tese, que 2.355.391 beneficiários necessitariam dos 15.898 leitos de terapia intensiva. No entanto, a conjuntura atual de incertezas quanto à história natural da COVID-19, em especial seu comportamento no país, inviabiliza qualquer prognóstico sobre eventual ociosidade ou não de leitos de terapia intensiva na rede privada brasileira ao longo da pandemia. A estimativa quanto à disponibilidade de leitos depende ainda dos determinantes que influenciam a curva epidemiológica, como as medidas adotadas pelas autoridades locais e regionais no combate à pandemia e a adesão da sociedade ao distanciamento social e a outros hábitos de precaução, variáveis essas com performances bastante distintas em termos espaço-temporais.

32. Diante de tais contornos, a hipótese de gestão unificada dos leitos públicos e privados, pela via da requisição administrativa, a fim de promover uma alocação mais eficiente dos leitos de terapia intensiva disponíveis no país, como recomendado pelo CNS, dependeria de uma regulação que equilibrasse oferta e demanda, considerando todos os fatores e variáveis aqui levantados, de modo a ocupar leitos efetivamente ociosos. Para tanto, seria necessária integração de um conjunto de informações que, no curto prazo, talvez não se viabilizasse, de modo que não parece nítida a evidência técnica da eficiência dessa medida.

33. Diante de um contexto de instabilidade e insegurança quanto ao porvir, supõe-se a possibilidade de se amplificar a regulação judicante das demandas tanto por beneficiários de operadoras, quanto por usuários do SUS. Nesse campo, vale ter em mente que a judicialização da saúde, dada a natureza da função jurisdicional, debruça-se sobre casos concretos, pontuais e isolados, impedida, pois, de visão sistêmica típica da política pública, de modo que, apenas por essa razão, haveria o risco de se percorrer o caminho da iniquidade de acesso.

34. Nesse sentir, guardados os limites de informação de que dispõe esta Agência e apenas no segmento que lhe compete, crê-se que seja necessário se tomar em conta a possibilidade de um cenário de escassez de leitos, em particular os de terapia intensiva, tanto públicos, quanto privados. A gestão unificada desses leitos, do ponto de vista dos pacientes, apenas promoveria uma equalização da falta de acesso não só para a COVID-19, como também para outros agravos, sem alcançar o resultado de assegurar direitos a usuários do SUS e gerar o sentimento de restrição de acesso pela ótica do beneficiário. Cumpre insistir que essa realidade não é dada, mas precisa ser considerada.

35. Em outro ângulo, cabe ainda se levar em consideração a predominância da prática de preços preestabelecidos na operação de planos de assistência à saúde. Essa formação de preço apresenta ciclo financeiro reverso, tendo em vista que as operadoras primeiro captam os recursos dos contratantes de planos (mensalidades), demandam os serviços de saúde a ser executados pela rede prestadora, inclusive hospitais, para só depois efetuar o pagamento dos serviços já prestados. No que interessa no momento, hospitais têm o ônus financeiro de manter sua capacidade instalada disponível com recursos próprios para, somente após o serviço realizado, receber a remuneração correspondente. Os valores e os prazos de recebimento dessa remuneração são previsíveis para os hospitais, por estarem fixados em contratos firmados com as operadoras, o que permite o planejamento financeiro.

36. A internação hospitalar, por sua vez, engloba, além da diária do leito, uma série de procedimentos agregados (exames, materiais, medicamentos, honorários etc.), que influenciarão no valor que será cobrado à operadora. A remuneração por essas internações é negociada caso a caso, podendo variar de acordo com a unidade hospitalar. Além disso, outros fatores influenciam na precificação do serviço, dentre os quais prazo e formas de pagamento, igualmente variáveis segundo o tipo de procedimento e o pactuado em contrato.

37. Vale dizer que a maior parte dos recursos financeiros recebidos pelos hospitais vem dos contratos mantidos com as operadoras. Na eventual requisição administrativa, uma vez não havendo serviço prestado, os hospitais deixariam de receber dessa fonte. Mesmo em casos de hospitais da rede própria ou de mesmo grupo econômico estariam impedidos de atender seus beneficiários.

38. Em cenário de gestão unificada dos leitos públicos e privados, o uso compulsório dos leitos levaria os hospitais a deixar de receber a receita da saúde suplementar. Decerto, essa requisição deve ser suportada por recursos públicos, contudo ainda não se sabe ao certo em que termos se daria esse financiamento, especialmente em relação a preços, prazos e formas de pagamento, não sendo possível afirmar se os aportes recebidos em decorrência da requisição administrativa se dariam no mesmo patamar e moldes da prática vigente com as operadoras. Nessa linha, é possível se cogitar de forte impacto sobre o capital de giro dos hospitais, dado o desalinhamento do planejamento financeiro, provocado por interrupção ou redução do fluxo de receitas das operadoras, com reflexos sobre sua liquidez e, com isso, sobre o fôlego para manter os serviços em condições essenciais para atendimento aos pacientes.

39. Releva salientar que, diversamente das operadoras, os hospitais não administram risco, pelo que não têm a obrigatoriedade (tampouco a ANS poderia exigir, porque não são agentes regulados, convém frisar) de constituir reservas financeiras para lidar com episódios de interrupções ou reduções abruptas de seus fluxos de receita. Assim é que eventual cenário de gestão unificada de leitos públicos e privados impactaria, de imediato, em seu modelo de negócio, de modo a ser provável que, no curto prazo, já não sejam capazes de arcar com suas despesas correntes. A depender da situação patrimonial de cada hospital, isso pode acarretar a suspensão parcial ou total de suas atividades, quiçá culminando no estado de insolvência. E, como peça de uma engrenagem, poderá produzir efeito sistêmico de repercussão negativa na cadeia de produção em saúde.

40. Dessa feita, eventual atraso no fluxo de recebimento das faturas hospitalares, por exemplo, pode tornar toda uma rede de prestação de serviços incapaz de honrar seus compromissos

de curto prazo e, portanto, inviabilizar novos atendimentos aos beneficiários das operadoras contratantes. Considerando que a rede hospitalar é fixa não é difícil imaginar o risco de desabastecimento da assistência em si que os beneficiários poderão sofrer diante de eventual quebra de um conjunto de hospitais credenciados. As operadoras envolvidas, por sua vez, terão de se submeter a condições negociais desfavoráveis perante novos hospitais, em função da conjuntura adversa e, em alguns casos, ser obrigada a deslocar os atendimentos de seus beneficiários para outra localidade, arcando com os custos excepcionais de deslocamento.

41. Nessa linha, a suspensão total ou parcial das atividades e até mesmo a insolvência dos hospitais, dependendo da magnitude desses eventos, em que pese ser inviável de se estimar no momento, podem levar à desarticulação da rede assistencial privada não somente durante, mas após a pandemia, afetando a vida dos mais de 47 milhões de beneficiários de planos de assistência à saúde. A isso se acresça a possibilidade de ruptura do equilíbrio sistêmico do setor, ao afetar os integrantes da cadeia de valor em que se inserem os hospitais, como é o caso de empregados, profissionais de saúde, fornecedores e, em efeito cascata, com repercussões econômicas negativas para toda a sociedade.

42. São essas as considerações possíveis, por ora, que se limitam a uma análise apriorística e hipotética a respeito de possíveis impactos sobre a setor de saúde suplementar, tema em que se encontra o âmbito de atuação desta Agência Reguladora.

[1] Vale o registro de que a lei permite a operação exclusivamente pela via do reembolso, mas planos dessa natureza são de difícil exequibilidade, especialmente por conta dos procedimentos de alto custo a ser desembolsados inicialmente pelo beneficiário.

[2] Demarque-se esta é a característica dos planos em pré-pagamento, que são a ampla maioria em operação no mercado.



Documento assinado eletronicamente por **Bruno Martins Rodrigues, Diretor(a) de Gestão (Substituto)**, em 26/05/2020, às 18:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **17001299** e o código CRC **19802465**.