

## **OFÍCIO 048/2016/PRESI**

Rio de Janeiro, 28 de setembro de 2016.

Ao Senhor

**JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO**  
Diretor-Presidente e Diretor de Gestão da ANS- DIGES  
Avenida Augusto Severo, 84/9º andar - Glória  
20021-040 – Rio de Janeiro – RJ

C/C

**KARLA SANTA CRUZ COELHO**  
Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Assunto: **COSAÚDE – Junta Médica ou Odontológica**

Senhor Presidente,

1. A FENASAÚDE - Federação Nacional de Saúde Suplementar, entidade representativa de operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, vem apresentar suas contribuições para o assunto em referência, conforme solicitado na reunião do COSAÚDE realizada em 14/9/16.
2. Aproveitamos a oportunidade para reiterar nossas contribuições encaminhadas no Ofício 031/PRESI/2016, em 5/9/16, referentes ao tema Junta Médica ou Odontológica.
3. Da mesma forma, reforçamos os argumentos expostos na reunião do COSAÚDE referentes à necessidade de que os prazos da RN 259/11 sejam revistos para os casos da formatação da Junta Médica ou Odontológica, em virtude das dificuldades encontradas pelas operadoras em conseguir profissionais desempatadores. Os prazos são ainda mais inexequíveis nos casos em que os processos de formatação de Juntas são encaminhados para os Conselhos Regionais e Sociedades de Especialidades, onde existem entidades que emitem pareceres se recusando a nomear profissionais para essas posições.
4. Ressalta-se que o mecanismo da Junta Médica não é esclarecer dúvidas sobre determinado procedimento, mas avaliar divergências técnicas existentes entre os pedidos

médicos e as análises das operadoras e, portanto, não seria recomendável sua utilização na rotina dessas últimas, pois comprometeria as avaliações dos processos de liberação de procedimentos.

5. Adicionalmente, entendemos que não cabe a instauração de Junta nos casos em que os procedimentos solicitados não tenham cobertura pelo Rol de Procedimentos ou não se enquadrem nas Diretrizes de Utilização. Em tais hipóteses, a análise deverá ser objetiva para avaliar se a operadora atendeu ou não as normas editadas pela ANS, ainda que haja discordância do médico assistente do beneficiário ou do próprio beneficiário.

6. As respostas para os questionamentos solicitados, bem como o Ofício 031/PRESI/2016, encontram-se nos anexos I e II deste documento, respectivamente.

7. Agradecemos a oportunidade de contribuirmos para regulamentação do setor e nos colocamos à disposição para esclarecimentos das propostas elencadas no documento.

Atenciosamente,

**SOLANGE BEATRIZ PALHEIRO MENDES**

Presidente

## **ANEXO I OFÍCIO 048/2016/PRESI**

### **CONTRIBUIÇÕES JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA**

**QUESTÃO 1** - Qual o número de profissionais que a operadora deve indicar para compor a Junta?

Em caso de divergência médica, será instaurada a Junta, com a indicação, pela operadora, de 3 (três) profissionais.

---

**QUESTÃO 2** - Qual a formação/especialidade dos profissionais indicados para compor a Junta?

A formação/especialidade do profissional varia de acordo com o quadro clínico apresentado pelo beneficiário. Normalmente, as operadoras buscam indicar profissionais da mesma especialidade do médico solicitante.

---

**QUESTÃO 3** - Como a operadora comprova que notificou o profissional?

Em geral, a comprovação é feita mediante a gravação do contato telefônico, rastreamento de entrega de telegrama ou e-mail com comprovação de recebimento/leitura.

---

**QUESTÃO 4** – Quais os prazos de resposta do profissional assistente, após a notificação?

As operadoras utilizam prazos de 24 a 48 horas após a confirmação do contato com o profissional.

---

**QUESTÃO 5** – Qual a conduta adotada em caso do silêncio do profissional assistente, após a notificação?

É dado prosseguimento à formatação da Junta Médica, uma vez que os ritos de comunicação são encaminhados. A operadora escolhe um dos três profissionais indicados na proposta da junta, conforme a orientação do Entendimento DIFIS.

---

**QUESTÃO 6** – O que fazer em caso de ausência de qualquer das partes no momento da Junta?

A Junta Médica prossegue no seu formato não presencial utilizando apenas a documentação recebida no momento da solicitação do procedimento. No entanto, quando se fizer imprescindível o comparecimento do paciente à junta médica e este não comparecer, sugere-se que o processo de autorização seja cancelado, sob o entendimento de que este está “inconclusivo”. Caso o segurado solicite a continuidade da análise, será feita nova junta com nova contagem de prazo.

---

**QUESTÃO 7** – Quais os meios para a realização da junta (presencial ou à distância)?

Conforme os normativos vigentes, a Junta Médica pode não ser presencial e ser celebrada na sua forma documental.

A escolha fica a critério da operadora. Em alguns casos, por ocasião da patologia e suas características, a história clínica e o exame físico podem ser necessários, havendo então a imprescindibilidade da consulta presencial. Nos casos da Junta não presencial, o parecer do desempataador é suficiente.

---

**QUESTÃO 8** – Em caso de necessidade de acompanhante (junta presencial), quem arca com estes custos?

Atualmente, as operadoras já arcam com os custos de deslocamento, honorários do desempataador e os demais custos que se fizerem necessários para a concretização da Junta Médica, desde que dentro dos limites do razoável. Até o presente momento, no entanto, não se verificou este tipo de situação.

Recomenda-se especificar com maior precisão quais seriam os custos do acompanhante.

---

**QUESTÃO 9** – A Operadora pode pedir novos exames, além dos já realizados pelo profissional assistente?

No processo atual, quem solicita os exames adicionais é o profissional desempatador da Junta e não a operadora. Se o profissional considerar que exames adicionais são necessários, estes devem ser solicitados.

---

**QUESTÃO 10** – O que fazer quando o profissional assistente/beneficiário se negar a fornecer exames?

A avaliação técnica fica impossibilitada. Caso haja recusa do profissional solicitante em fornecer exames imprescindíveis, mesmo se os procedimentos forem cobertos, a cobertura deverá ser suspensa. Nestes casos, a análise poderá ser reaberta quando do recebimento desta documentação.

A Federação sugere que, nestes casos, os prazos previstos na RN 259/11 sejam suspensos, a fim de garantir que a operadora tenha subsídios suficientes (documentação) para prosseguir com sua análise técnica, e, se necessário, constituir Junta Médica.

Sugerimos também que, nos casos de prestadores cujo acesso ao corpo clínico for negado, o diretor técnico seja responsável por fazer os esclarecimentos necessários a respeito do procedimento solicitado.

---

**QUESTÃO 11** – Há necessidade de se elaborar laudo técnico com o resultado da Junta?

Não, este tipo de exigência dificultaria ainda mais o processo, podendo prolongá-lo. O laudo/parecer emitido pelo profissional desempatador é suficiente e necessário para expressar a conclusão da Junta Médica. A operadora poderá disponibilizar o laudo da Junta Médica ao beneficiário, sempre que solicitado pelo mesmo.

---

**QUESTÃO 12** – O que fazer se o profissional assistente discordar da decisão da Junta?

A Federação entende que o parecer da Junta Médica deve ser soberano e imparcial. Se o profissional assistente não aceitar o seu resultado, a operadora poderá disponibilizar outro profissional habilitado para a execução ou acompanhamento clínico do que foi definido pela Junta Médica.

---

## **ANEXO II OFÍCIO 048/2016/PRESI**

### **OFÍCIO 031/2016/PRESI**

Rio de Janeiro, 5 de setembro de 2016.

Ao Senhor

**JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRHÃO**  
Diretor-Presidente e Diretor de Gestão da ANS- DIGES  
Avenida Augusto Severo, 84/9º andar - Glória  
20021-040 – Rio de Janeiro – RJ

C/C

**KARLA SANTA CRUZ COELHO**  
Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

**SIMONE SANCHES FREIRE**  
Diretora de Fiscalização - DIFIS

Assunto: **RN 259/2011 – Garantia de Atendimento aos Beneficiários**

Senhoras Diretoras,

8. A FENASAÚDE - Federação Nacional de Saúde Suplementar, entidade representativa de operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, em atenção ao assunto em referência, vem expor e requerer o que se segue.

9. É inquestionável a relevância da norma em referência e os avanços trazidos com o estabelecimento dos prazos máximos de atendimento, das regras aplicáveis para as hipóteses de indisponibilidade ou inexistência de prestador, bem como das obrigações de transporte e de reembolso nas hipóteses previstas na resolução. Contudo, passados 5 anos de vigência da norma, é natural a necessidade de seu aperfeiçoamento para que ela passe a contemplar hipóteses não previstas ou até mesmo decorrentes de sua própria existência.

10. Um dos pontos de grande impacto nos prazos da RN 259 é a dificuldade das operadoras na operacionalização e conclusão da junta médica. No documento anexo abordaremos essa e outras questões.

11. Apesar da iniciativa da Diretoria de Fiscalização de publicar o Entendimento DIFIS nº 7, entendemos s.m.j. em prol da maior segurança jurídica que o tema merece a edição de resolução normativa..

12. Pelo exposto, encaminhamos a seguir nossas considerações e nos colocamos à disposição para esclarecimentos que entenderem necessários.

Atenciosamente,

**SOLANGE BEATRIZ PALHEIRO MENDES**

Presidente

## **ANEXO OFÍCIO 031/2016/PRESI**

**1. A ANS tem emitido pareceres no sentido de que a Junta Médica deve ser instaurada mesmo nos casos de ausência de cobertura comprovada em razão do procedimento não preencher as Diretrizes de Utilização ou por se tratar de medicamento *off label*.**

Entende-se que não cabe a instauração de junta médica nos casos de ausência de cobertura em que a operadora demonstre a negativa com base no Rol de Procedimentos e/ou suas respectivas Diretrizes de Utilização. Em tais hipóteses, a análise deve ser objetiva para avaliar se a operadora atendeu ou não as normas editadas pela ANS, ainda que haja discordância do médico assistente do beneficiário ou do próprio beneficiário.

**2. Em questões relacionadas à liberação de procedimentos/eventos que envolvam o uso de DMI/OPME, a DIFIS tem, sistematicamente, alegado em seus pareceres/ respostas às operadoras ser necessária a composição de junta médica/odontológica para equacioná-las.**

É preciso não perder de vista as dificuldades de composição de uma junta médica/ odontológica, não sendo prudente sua adoção rotineira, pois burocratiza e compromete a celeridade do processo de análise e liberação dos procedimentos. Ademais, nem todos os casos se configuram como “divergência” e, portanto, não justificam a sua composição.

**3. A ANS tem penalizado as operadoras por entender que é obrigatória a formação de junta médica/odontológica mesmo nos casos em que o prestador solicita o procedimento, mas não encaminha, no momento da solicitação, a lista de DMI/OPME necessária para a realização do evento, ainda que tenha a prerrogativa de determinar as suas características (artigo 22, §1º, I da RN 387/2015).**

Em algumas situações, claramente, o profissional de saúde, conhecedor das regras da RN 259, adota uma atitude oportunista, pois sabe que a contagem do prazo se inicia na data da demanda pelo serviço/procedimento até a sua efetiva realização, assim previsto no § 1º, do artigo 3º da RN 259. Por exemplo, os casos em que envia a solicitação do evento sem apresentar, ao mesmo tempo, a lista de DMI/OPME, conforme exposto no próximo item. Desta forma, quando identificada a necessidade de realização de Junta Médica os prazos da RN 259 devem ficar suspensos até o final do processo.

**4. Nos casos de discordância do médico assistente de até 3 nomes de profissionais indicados para o arbitramento da junta médica é necessário rever o disposto na Nota nº 203/2012/GEAS/DIPRO/ANS e, por consequência, o item “c” do Entendimento DIFIS nº 7.**

O item “c”, “15” do Entendimento DIFIS dispõe que no caso de discordância do médico assistente quanto às indicações de terceiro profissional para solução da divergência médica, deve-se observar o disposto na Nota da DIPRO, a qual estabelece que o impasse deve ser arbitrado por um terceiro profissional, representante do conselho profissional local ou da sociedade de especialidade médica ou odontológica relacionada ao procedimento indicado, o qual também deverá manifestar a sua posição por escrito.

Contudo, não há disposição procedimental de como se dará a condução da junta médica junto ao conselho ou sociedade médica, tornando os rumos incertos para sua conclusão. Desse modo, entende-se pela edição de norma que garanta a conclusão do impasse, com o estabelecimento do prazo de 15 dias úteis para que o conselho ou sociedade médica emita seu parecer conclusivo.

Caso o conselho ou sociedade não emita seu parecer no prazo de 15 dias, sugere-se que a norma preveja a continuidade da junta médica, que será considerada válida nos termos propostos pela operadora.

Importante reforçar o entendimento de que a norma preveja, durante a realização de Junta Médica, a suspensão dos prazos da RN 259 até o final do processo. Na impossibilidade de suspensão dos prazos da RN 259 o conselho ou sociedade deverão se manifestar no prazo especificado, sob pena de inviabilizar a conclusão da Junta Médica face o disposto na RN 259. Da mesma maneira, caso o conselho ou sociedade não emita parecer no prazo especificado, entende-se pela continuidade da junta médica, que será considerada válida nos termos propostos pela operadora.

**5. Nos casos de necessidade de realização de Junta Médica em que a divergência relacionar-se à Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME entende-se pela necessidade de revisão do item “d” do Entendimento DIFIS.**

O item “d”, “16” dispõe que para os casos específicos de divergência clínica com relação à OPME, aplica-se o disposto na RN 387/15, que determina que o profissional requisitante poderá recusar até três nomes indicados pela operadora para composição da junta médica.

Em seguida, o item “d”, “17” estipula que: “caso o médico assistente se manifeste contrariamente aos profissionais indicados pela operadora para o arbitramento, poderá indicar um profissional de sua escolha para tal. Não havendo manifestação contrária por parte da operadora, a junta será considerada válida (cabe esclarecer que mesmo se antes da operadora indicar um terceiro médico, o médico assistente o fizer e a operadora concordar com o profissional, a junta também será válida).”

Por fim, o item “d”, “18” estipula que: “Quando o médico assistente apresentar um nome, caso a Operadora recuse esse nome, o médico deverá apresentar mais dois nomes.”

Entende-se que nos casos de OPME as divergências geralmente surgem com relação às marcas dos materiais indicados pelo médico assistente. Em tais casos, a RN 387/15 dispõe que cabe ao médico assistente oferecer, quando solicitado pela operadora, pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes distintos, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;

Já no que se refere à indicação do profissional e quando se tratar de OPME e a discordância for do médico assistente em relação ao terceiro profissional indicado, caberá, como em todas as outras hipóteses de divergência clínica, a indicação de até três nomes indicados pela operadora.

Verifica-se que a RN 387/15 não trouxe regras para a indicação pelo médico assistente de profissionais desempatadores. Acredita-se que não houve essa disposição da norma, pois seria prolongar sem fim o encerramento do procedimento de constituição da junta médica. Ademais, é necessário definir prazo razoável para manifestação do conselho ou sociedade para que se delimite termo final e não prejudique a prestação de serviços ao beneficiário.

Da mesma forma, caso a ANS entenda pelo direito do médico assistente indicar profissionais desempatadores, a indicação deverá ser feita num único ato, no limite máximo de três profissionais.

Dessa forma, entende-se que o rito exposto no item “d”, “17” deveria ser substituído por norma que preveja:

*17. Caso o médico assistente se manifeste contrariamente aos profissionais indicados pela operadora para o arbitramento, poderá indicar em um único ato até três profissionais de sua escolha para tal. Nesta hipótese considera-se necessário que o médico assistente ao não concordar com a indicação fundamente por escrito o motivo da discordância das indicações.*

*17.1. Caso o médico assistente permaneça silente ou discorde sem a indicação de até 3 profissionais de sua escolha, será dada continuidade da junta médica, que será considerada válida nos termos propostos pela operadora.*

18. Caso a operadora discorde das indicações do médico assistente, entende-se pela previsão em norma da solução do impasse, que deverá ser feita por um terceiro profissional, representante do conselho profissional local ou da sociedade de especialidade médica ou odontológica relacionada ao procedimento indicado, o qual deverá manifestar a sua posição por escrito no prazo de 15 dias úteis.

19. Caso o conselho ou sociedade não emita seu parecer no prazo estabelecido, entende-se que a norma preveja a continuidade da junta médica, que será considerada válida nos termos propostos pela operadora.

20. Importante reforçar que durante a realização de Junta Médica os prazos da RN 259 devem ficar suspensos até o final do processo.

**6. As operadoras têm sido penalizadas pela DIFIS por não cumprimento dos prazos da RN 259, mesmo nos casos em que o resultado da junta médica/odontológica comprovou não ser necessária a realização do procedimento ou utilização de determinado DMI/OPME.**

O profissional requisitante não discorda da instauração da junta médica, mas cria dificuldades e posterga suas ações para extrapolar os prazos da RN 259, numa tentativa de que a operadora libere o procedimento antes do resultado da junta para não ser penalizada pela ANS. Quando a Agência não considera essa possibilidade estimula o comportamento oportunista do prestador e compromete a imagem da operadora no momento em que essa age em defesa dos interesses do beneficiário, evitando a realização de um procedimento desnecessário ou equivocado.

**7. O artigo 22, §1º, II da RN 387 prevê que o profissional requisitante deve, quando solicitado pela operadora, oferecer pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis. Existem casos em que mesmo quando disponíveis, o prestador alega que não existem outras marcas para submeter à escolha da operadora.**

Neste caso, entende-se que o profissional requisitante deve expressamente justificar que não existem outras opções disponíveis, antes mesmo de ser questionado pela operadora para evitar a procrastinação do prazo da RN 259. Na sequência a operadora apresentaria sua contestação, oferecendo outras opções disponíveis para escolha do profissional requisitante. Em não havendo aceitação de nenhuma das alternativas oferecidas pela operadora, restaria configurada a divergência técnica, partindo-se, portanto, para a composição da junta médica/odontológica.

Por outro lado, no caso da instauração da junta médica em razão da não aceitação pelo profissional requisitante das alternativas de marcas oferecidas, questiona-se não ser o caso de a operadora partir para a indicação de outro profissional para realizar o procedimento com uma das marcas indicadas, considerando que não há dúvida quanto ao procedimento a ser realizado e sim uma imposição comercial por parte do prestador. Nesta hipótese, seria necessário reiniciar a contagem dos prazos da RN 259.

Outra hipótese deveria ser a operadora liberar o procedimento com as opções alternativas de DMI/OPME, dando por cumprido o prazo da RN 259. Caso o profissional requisitante não concorde com as alternativas oferecidas pela operadora, deverá expressamente justificar os motivos da recusa daquele material. Se a recusa for motivada pela “qualidade” do produto,

deveria, inclusive, notificar à Anvisa e apresentar à operadora a documentação enviada à Anvisa ou à Câmara Técnica da AMB. Assim como cabe ao médico/odontólogo determinar as características das OPME para a realização do procedimento, também lhe cabe a notificação de problemas e defeitos dos produtos. Esta é uma ação de extrema relevância para proteger o paciente, pois, em tese, se um produto não tem qualidade deveria ser retirado do mercado. Conforme previsto no artigo 5º da Resolução CFM 1.956/2010, o médico tem a prerrogativa de recusar as alternativas oferecidas pela operadora/instituição pública. Por analogia, e sendo ele o especialista, tem o dever de alertar às operadoras/instituições públicas sobre a oferta equivocada de produtos.

**8. Existem casos em que, deflagrada a divergência técnica, o profissional requisitante posterga a sua resposta com relação à indicação de nome oferecida pela operadora.**

O Entendimento DIFIS 7/2016 estabelece que é presumida a concordância do médico assistente quando este permanecer silente. Entretanto, não é imposto ao profissional requisitante nenhum prazo para a sua manifestação, estimulando, mais uma vez, o comportamento oportunista. Uma alternativa seria a norma prever a suspensão do prazo da RN 259 no momento em que a operadora oferece alternativa ao médico assistente, de forma a não penalizar a operadora pelo decurso de um prazo sobre o qual não tem ingerência. O mais adequado seria desenhar um fluxo em que o prazo de 21 dias seja destinado e contabilizado exclusivamente para as ações da operadora, considerando ser o único elo da cadeia a sofrer penalidades. Insistentemente a Federação tem se posicionado no sentido de alertar sobre a impossibilidade administrar o decurso de prazos que dependam das ações de terceiros. É preciso que a ANS compreenda que a operadora não pode ser penalizada por isso. Se a Agência não tem ingerência sobre as ações dos prestadores de serviços, não deveria editar regras ou definir rotinas que estimulem comportamentos oportunistas e resultam em prejuízos para o próprio beneficiário.

**9. Os prazos estabelecidos na RN 259 deveriam ser contabilizados somente a partir da entrega da documentação completa necessária para análise da requisição.**

Pelos motivos expostos até aqui, o início da contagem dos prazos da RN 259, em todas as circunstâncias (à exceção da urgência e emergência) deveriam ocorrer somente a partir do momento em que o profissional requisitante enviasse à operadora a documentação necessária para análise da requisição.

Para evitar abusos ou procrastinação de ambas as partes, considerando que os contratos preveem os casos em que há necessidade de autorização prévia, os documentos necessários para a análise poderiam estar previamente definidos. Se o prestador se negar a fornecê-los nos prazos estabelecidos, a operadora poderia alegar descumprimento de cláusula contratual, dando respaldo à negativa de cobertura.

**10. Existem casos em que o profissional solicitante apresenta a documentação complementar somente após a negativa de cobertura.**

Neste caso a contagem deveria ser reiniciada, conforme exposto no item anterior.

**11. Existem casos de NIP em que não houve solicitação por parte do prestador.**

Não é compreensível a abertura de uma NIP alegando negativa de cobertura nos casos em que não houve, por parte do prestador, uma requisição formal à operadora. Isto gera insegurança jurídica. Como exemplo, citamos o caso de médico requisitante que não possuía cadastro junto ao Hospital para realização de qualquer procedimento cirúrgico, o que foi devidamente comprovado pela operadora com a juntada de declaração do prestador neste sentido.

**12. Os prazos estabelecidos na RN 259 são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.**

Nos casos eletivos, os prazos deveriam ser contados até a data do agendamento. A operadora não tem ingerência sobre a agenda do prestador de serviço para garantir que o procedimento será realizado na data agendada. Também não tem mecanismos para obrigá-lo a realizar os procedimentos em datas previamente agendadas. Isto, sem dúvida, representa interferência na autonomia do profissional de saúde, que tem o direito de controlar sua agenda diante de triviais ou eventuais situações de urgência/emergência. Mais uma vez a ANS estabeleceu uma regra em que a operadora é penalizada por situações que dependem das ações de terceiros.

**13. Quando há prestador disponível na região a ANS não admite que o atendimento seja realizado em município limítrofe.**

Há casos em que existe prestador, mas sem disponibilidade de agenda para atendimento ao beneficiário. Para a Fiscalização se há prestador com base no CNES não é permitida a garantia do atendimento em município limítrofe com o transporte pago pela operadora. A consequência desse entendimento acaba gerando o reembolso integral pela operadora e incentivando comportamentos oportunistas por parte de alguns prestadores com a cobrança de valores muito superiores aos praticados na região. É necessário que a ANS garanta, nos casos de existência de prestador sem disponibilidade de agenda, a possibilidade de atendimento em município limítrofe, conforme prevê o art. 4º inciso II da RN 259/2011.

**14. Adoção do CNES como referência de existência de rede.**

Em algumas situações, a ANS tem adotado o CNES como referência absoluta de disponibilidade de rede. O problema é que o CNES tem falhas estruturais, pois os profissionais nem sempre se

cadastram corretamente na especialidade (mesmo quando atuam naquela especialidade). Por exemplo, o “fisioterapeuta respiratório” que no CNES se cadastrou como “fisioterapeuta” e a ANS considerou inexistência de prestador porque a demanda foi por “fisioterapeuta respiratório”.

**15. Os procedimentos realizados nos prazos da RN nº 259 não devem ser computados como NIP ainda que tenha concedida liminar judicial.**

Computar como NIP eventos realizados por força de liminar estimula a busca pelo judiciário antes mesmo da operadora ter oportunidade de prestar o serviço. O objetivo é ter serviço prestado no prazo da RN nº 259, o fato de ter sido proferida liminar não significa que a operadora negaria a cobertura.