

### ÍNDICE INTERATIVO

[Mais de 4 mil pessoas foram à justiça contra planos de saúde em MS](#) - Fonte: Correio do Estado

[Idosos em planos de saúde crescem de forma constante e batem recorde em número de vínculos](#) - Fonte: Saúde Business

[Custos médicos devem continuar crescendo em 2024](#) - Fonte: Estadão

[Autismo supera câncer em custos de planos de saúde, diz setor](#) - Fonte: Diário de Cuiabá

[Como os gestores podem ajudar a combater as fraudes na saúde?](#) - Fonte: Revista Apólice

[Plano de saúde não pode recusar contratação de inscrito em cadastro de inadimplentes](#) - Fonte: Jota Info

[ANS aprova mudança de controle societário da operadora Amil](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Artigo: Saúde suplementar em momento de reorganização](#) - Fonte: Correio Braziliense

[Projeto prevê comunicação individual de credenciamentos em planos de saúde](#) - Fonte: Agência Senado

[ANS divulga resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Comissão aprova proposta que amplia a cobertura dos planos de saúde das entidades de autogestão](#) - Fonte: Câmara dos Deputados

[ANS aprova fichas dos indicadores do IDSS ano-base 2024](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANS solicita indicadores de saúde para operadoras](#) - Fonte: GOV (ANS)

# MAIS DE 4 MIL PESSOAS FORAM À JUSTIÇA CONTRA PLANOS DE SAÚDE EM MS

Correio do Estado – 23/01/2024

Até outubro, cerca de 13 processos foram registrados diariamente, a maioria por tratamento médico-hospitalar.

Levantamento feito pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) aponta que, até outubro do ano passado, 4.066 processos contra planos de saúde foram registrados na Justiça de Mato Grosso do Sul, cerca de 13 por dia.

O principal motivo que levou os sul-mato-grossenses para a Justiça foi a solicitação de tratamento médico-hospitalar, que somou 2.220 ações. Os demais foram: 987 processos para fornecimento de medicamentos, 478 para fornecimento de insumos e 381 por causa de reajuste contratual.

Na Capital, dados das estatísticas processuais de direito à saúde do CNJ apontam que houve uma queda no número de ações na Justiça. Em 2022 foram 3.750 processos, enquanto no ano passado foram 2.580. Durante a pandemia, a quantidade de novos processos foi menor, em 2020, foram registrados 1.600 e, em 2021, 2.660 casos.

Os motivos para entrar na Justiça acompanham o observado no Estado, a maioria dos casos é em razão de tratamento médico-hospitalar: no ano passado, foram 2.130 processos na Capital contra os planos de saúde, e em 2022, foram 3.280 judicializações.

Apesar do grande volume de reclamações, os dados do CNJ informam que 95,87% dos casos na Capital foram atendidos. Esse foi o maior índice desde 2020, quando 82,24% das demandas por tratamento médico-hospitalar foram atendidas. Em 2021, 86,66% das demandas foram atendidas e, em 2022, 76,44%, a menor taxa.

Além dos pedidos por tratamento médico-hospitalar, em 2023, na Capital, foram registradas 442 solicitações de fornecimento de medicamentos, 7 de fornecimentos de insumos e 1 de reajuste contratual.

## PROCESSOS

Entre os diversos processos contra planos de saúde movidos no ano passado, constam ações de pedidos de medicamentos urgentes e até mesmo por erro médico, como foi o caso de Eder Almeida, que relatou ao Correio do Estado, em julho do ano passado, que moveu um processo contra a

Unimed alegando que contraiu uma bactéria hospitalar após a realização de uma cirurgia.

O paciente relatou que correu risco de amputação da perna em razão da infecção que teve e ficou bem após recorrer ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ser tratado. Por esse motivo, o reclamante solicitava na Justiça uma reparação de R\$ 100 mil em danos morais. O Correio do Estado entrou em contato com a defesa de Eder, que relatou que não há novidades e aguarda a audiência de instrução e julgamento.

Entre os casos, há também processos contra empresas que estão sendo investigadas por descumprimento de decisões judiciais. A Hapvida, que responde ação do Ministério Público de São Paulo (MPSP), tem 47 processos ativos no Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso do Sul (TJMS), entre eles, 1 por descumprimento de medida judicial.

Na ação, movida no início de novembro do ano passado, um beneficiário do plano entrou com processo contra a empresa para solicitar medicamento para tratamento de doença rara, com prescrição médica pautada em evidências, risco de progressão da enfermidade e até mesmo morte.

O pedido foi feito em tutela de urgência, em função da gravidade do estado de saúde do paciente, e a decisão foi publicada poucos dias depois, desfavorável ao plano de saúde. No texto, o juiz em questão deu prazo máximo de 30 dias para o fornecimento do remédio, o que não foi feito passados mais de dois meses.

No Estado, dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apontam que os planos de saúde atendem mais de 654 mil pessoas.

## BRASIL

Nacionalmente, o CNJ aponta que foram registrados na Justiça, até outubro do ano passado, 195.256 processos contra planos de saúde, e o atendimento médico-hospitalar também foi a principal reclamação dos brasileiros, com 97.403 procedimentos judiciais.

Os demais procedimentos foram: 37.152 processos a respeito de fornecimento de medicamentos, 25.097 sobre reajuste contratual e 10.635 para fornecimento de insumos.



## IDOSOS EM PLANOS DE SAÚDE CRESCEM DE FORMA CONSTANTE E BATEM RECORDE EM NÚMERO DE VÍNCULOS

Saúde Business – 22/01/2024

Grupo etário com 60 anos ou mais soma 7,5 milhões de beneficiários, a maior marca desde o início da série histórica da ANS, aponta estudo do IESS.

Diferentemente de faixas etárias de menor idade, que têm sofrido oscilações no volume de adesões, as contratações de planos médico-hospitalares voltadas ao público idoso têm crescido de forma constante. Em novembro de 2023, os beneficiários com 60 anos ou mais atingiram a marca de 7,5 milhões no País, número recorde desde o início da série histórica disponibilizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000.

As informações são da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) nº 89, desenvolvida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). O estudo revela ainda que as contratações de planos de saúde para atender à população idosa foram expressivas e se superaram, especialmente, no período de 12 meses encerrados em novembro do ano passado em todas as modalidades.

Nos coletivos empresariais, por exemplo, a variação anual foi de 5,9% – passaram de três milhões de vínculos, em novembro de 2022, para 3,2 milhões no mesmo mês de 2023. Os individuais ou familiares cresceram 3,1% e totalizaram 2,7 milhões de beneficiários. Já os coletivos por adesão,

que contam com 1,6 milhão de vínculos, registraram crescimento de 4,3% no mesmo período.

Para José Cechin, superintendente executivo do IESS, o aumento é representativo nas contratações de planos na faixa etária de 60 anos ou mais, grupo este que naturalmente tende a utilizar mais os serviços de saúde. “Nota-se um crescimento exponencial com recorde de idosos em todas as modalidades de contratação nesse levantamento, diferente dos números apresentados em outras faixas etárias, que tiveram seu ápice em dezembro de 2014 e depois disso sofreram variações”, afirma, reconhecendo que esse público faz um grande esforço para manter os contratos, que contam com mensalidades mais elevadas.

Importante frisar que essa indicação de alta constante em adesões a planos de saúde para idosos também está relacionada com o envelhecimento da população brasileira, conforme dados do Censo Demográfico do IBGE. Entre 2010 e 2022 a população idosa passou de 20,6 milhões para 32,1 milhões, uma alta de 56% desse público que representa 15,8% da população total no último ano.

Vale lembrar que, no Brasil, o total geral de beneficiários com planos de saúde médico-hospitalares atingiu, em novembro do ano passado, a marca histórica de 50,9 milhões de beneficiários. [Acesse o estudo da Análise Especial da NAB 89 na íntegra.](#)

# CUSTOS MÉDICOS DEVEM CONTINUAR CRESCENDO EM 2024

Estadão – 20/01/2024

Uma das maiores preocupações é o aumento das fraudes, que impactam os custos médicos.

Em meio a um cenário dinâmico na saúde global, a mais recente pesquisa global de Tendências Médicas da WTW traz as complexidades que envolvem os custos dos benefícios de assistência médica, prevendo aumentos persistentes até 2024. Além de impactar a sociedade, essas mudanças influenciam a relação entre seguradoras e segurados.

Os dados revelam que o custo global dos planos de assistência médica saltou de 7,4% em 2022 para um recorde de 10,7% em 2023, com uma projeção média de 9,9% para 2024. Essa tendência varia no mundo, com redução na Europa, de 10,9% em 2023 para 9,3% em 2024, e o aumento no Oriente Médio/África, de 11,3% em 2023 para 12,1% em 2024.

O uso excessivo de cuidados médicos (59%) ainda é a principal causa dos custos, seguido pelos maus hábitos de saúde dos segurados (49%) e a subutilização de serviços preventivos (47%).

No Brasil, a pesquisa mostrou que os efeitos dos tratamentos médicos postergados por causa da pandemia ainda influenciarão os custos com saúde até 2024. A ampliação da lista de tratamentos obrigatórios pela ANS também impactará as seguradoras privadas. O relatório prevê um aumento de 16,62% nos custos de assistência médica, destacando aumento da demanda dos serviços de saúde mental.

Uma das maiores preocupações é o aumento das fraudes, que impactam os custos médicos. O modelo de reembolso está vulnerável a isso.

É necessário que as seguradoras e empresas adotem estratégias mais robustas de verificação de faturas médicas, investindo em tecnologias que detectem padrões suspeitos. Além disso, programas educativos para colaboradores, destacando a importância do uso adequado dos planos, são fundamentais para prevenir fraudes.

Enquanto enfrentam esses desafios, as seguradoras trazem novas ofertas, como os serviços de bem-estar, citados por 54% delas, que, além de mitigar custos, também promovem a prevenção e o cuidado proativo.

Da mesma forma, o crescimento dos serviços de telessaúde reflete uma nova abordagem para melhorar o acesso e a eficiência dos cuidados médicos. Essa tendência, mencionada por 41% das seguradoras, aproxima os segurados e promove uma abordagem preventiva e personalizada.

Nesse cenário, adaptabilidade e busca por soluções inovadoras tornam-se imperativas.

A colaboração entre seguradoras, empresas e segurados, com foco na integridade dos sistemas de reembolso e na implementação de práticas de prevenção, é crucial para aspirarmos a um futuro mais sustentável e equitativo na área da saúde.

## AUTISMO SUPERA CÂNCER EM CUSTOS DE PLANOS DE SAÚDE, DIZ SETOR

Diário de Cuiabá – 19/01/2024

Empresas atribuem alta a novas regras da ANS e dizem ver aumento de desperdícios.

O aumento na demanda por tratamentos para pacientes com transtorno do espectro autista e outros transtornos globais de desenvolvimento virou um tema de preocupação no mercado de planos de saúde.

Empresas de diferentes portes relatam avanço dos gastos com as terapias do tipo, que já começam a atingir patamares da oncologia —área que tradicionalmente consome a principal fatia das contas, segundo entidades do setor.

De acordo com uma pesquisa realizada pela Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) em um grupo de operadoras associadas da entidade, em 2023, o custo com terapias de TEA (transtorno do espectro autista) e TGD (transtornos globais de desenvolvimento) superou 9% do custo médico, enquanto os tratamentos oncológicos ficaram em 8,7%.

Há poucos anos, tais tratamentos costumavam representar menos de 2% das contas do setor, segundo a Abramge.

Os custos começaram a incomodar as empresas após mudanças regulatórias anunciadas pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) a partir de 2021, quando o

órgão determinou que as pessoas com TEA teriam direito a um número ilimitado de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para o tratamento de autismo na cobertura dos planos.

Em 2022, as medidas foram expandidas para contemplar a cobertura de quaisquer métodos ou técnicas indicadas pelo médico para o atendimento dos pacientes com TGD.

A norma considera a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), que abrange diagnósticos de autismo infantil, síndrome de Rett e de Asperger entre os exemplos de transtornos globais do desenvolvimento.

As operadoras, no entanto, não podem negar cobertura se o prescritor usar os parâmetros da CID-11, que se trata de uma versão atualizada do documento da OMS (Organização Mundial de Saúde), ainda não obrigatória no Brasil.

Em seguida, a ANS também determinou novos ajustes no rol de cobertura, liberando o número ilimitado de sessões para todos os usuários dos planos, com qualquer doença ou condição de saúde listada pela OMS.

Pelos dados mais recentes da agência, o número de sessões e consultas de fonoaudiologia saltou de um patamar de 8 milhões em 2021 para mais de 10 milhões no ano seguinte.

Os atendimentos de psicologia subiram de 28 milhões para quase 35 milhões, enquanto a terapia ocupacional saiu de 3,3 milhões para 4,7 milhões de sessões e consultas no período. As altas foram impulsionadas pelos diagnósticos de TGD e TEA, segundo a Abramge.

De 2021 até o ano passado, a associação diz ter verificado um crescimento de 74,4% no custo das terapias de TEA e TGD, enquanto as oncológicas avançam 37,3%.

Ao mesmo tempo, também crescem as reclamações de pacientes contra empresas de planos de saúde, motivadas por problemas como negativa de cobertura, descredenciamento de clínicas e cancelamento de contratos. José Cechin, superintendente do IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar), estima que o número de pacientes com TEA que têm acesso à saúde privada no Brasil gire em torno de 500 mil pessoas.

Além da mudança regulatória, ele vê outros fatores responsáveis pelo avanço na demanda, como a evolução dos diagnósticos ao longo dos anos.

Segundo dados do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, a prevalência de crianças de 8 anos de idade no espectro autista era de 1 em 150 no ano 2000, proporção que subiu para 1 a cada 36 em 2020.

"O diagnóstico aumentou muito no mundo, por várias razões. Se aperfeiçoou a técnica do diagnóstico e as famílias querem dar melhores condições às crianças", diz Cechin.

Na avaliação da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), as terapias ilimitadas abriram brechas para a ocorrência de desperdícios e abusos.

O efeito nas contas varia conforme o perfil das companhias. As que trabalham com reembolso têm sido mais impactadas. Segundo Vera Valente, diretora da FenaSaúde, o setor tem enfrentado casos de fraudes praticadas por clínicas que estão pagando planos de saúde em nome de pacientes para solicitar reembolso de tratamentos com sobrecarga de horário, entre outras distorções.

"O que questionamos são os abusos. A maioria dos beneficiários, que age corretamente, está pagando a conta de

quem faz abusos. Há situações escancaradamente fraudulentas. Há casos de paciente com 82 horas de terapia semanal. É inviável. Um paciente de 11 anos apresentou 154 solicitações de reembolso em pouco mais de dois anos. Só em psicoterapia foram 1.800 sessões, um total de R\$ 550 mil", diz Valente.

Para a ONG de defesa do consumidor Idec, os casos de fraude não são responsabilidade do beneficiário comum.

Ana Carolina Navarrete, coordenadora do Idec, avalia que o crescimento do número de consultas reflete, na verdade, uma demanda que estava reprimida, porque as regras anteriores eram muito restritivas e não davam conta de suprir a real necessidade dos pacientes.

"Sabemos que boa parte das negativas de cobertura de procedimentos como sessões de psicoterapia, fisioterapia, fonoaudiólogos e outros era corriqueiramente negada pelos planos, com justificativa de que o rol da ANS só determinava a cobertura até 12 sessões ao ano, em boa parte dos casos", diz Navarrete.

Cassio Alves, superintendente da Abramge, nega que a intenção das empresas seja restringir o acesso dos beneficiários ao serviço.

"O problema não é liberar o acesso ao que for necessário. O problema é não qualificar esse acesso. Quando há um vazio regulatório em que falta uma diretriz para utilizar esse acesso, além de ocorrer um sobreuso, você permite que oportunistas se aproveitem. A preocupação é segurança e eficácia. Temos que direcionar essas terapias para oferecer o que é cientificamente comprovado e seguro para as crianças. [O acesso] está sendo feito de forma descoordenada. Tem de ter uma diretriz, uma linha de cuidado, um protocolo, sob pena de sacrificar a segurança, a eficácia e, claro, o custo-efetividade", diz Alves.

A ANS confirma que vem observando aumento dos custos em saúde em geral, mas ressalva que a agência não tem estudo específico sobre o montante de recursos destinados ao atendimento de beneficiários com TGD e afirma que não regula os valores de serviços e insumos praticados pelo mercado.

## COMO OS GESTORES PODEM AJUDAR A COMBATER AS FRAUDES NA SAÚDE?

Revista Apólice – 19/01/2024

A análise e auditoria da utilização do plano de saúde é uma das iniciativas que as empresas devem adotar para combater este tipo de crime.

Um prejuízo estimado entre R\$ 30 e R\$ 34 bilhões é o resultado das fraudes nos planos de saúde em 2022, segundo relatório do IESS (Instituto de Estudos da Saúde Suplementar), entidade sem fins lucrativos que estuda o setor. A Operação Esculápio, investigação de um grupo criminoso composto por médicos do Distrito Federal suspeitos de vender atestados médicos com informações falsas, culminou em uma trama alarmante de fraudes em reembolsos médicos.

A dimensão exorbitante dessas práticas levanta questionamentos éticos profundos e destaca a necessidade

urgente de fortalecer os controles no setor de planos de saúde. Segundo a FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), o aumento de 90% em ressarcimento de procedimentos médicos de 2019 a 2022, passando de 6 bilhões para 11,4 bilhões em 2022, aponta, com base na percepção destes esquemas, não apenas prejuízos financeiros, mas uma ameaça à confiança dos beneficiários e aos sistemas de saúde.

Por sua vez, a Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) estima que, em 2022, foram gastos quase 4 bilhões com reembolsos irregulares. A diversidade de fraudes, desde procedimentos não realizados até solicitações inflacionadas, exige uma resposta coletiva e urgente. É imperativo fortalecer os mecanismos de controle, promover a transparência e, acima de tudo, cultivar uma cultura de integridade.

O estudo do IESS também expõe uma contradição de cenários: registra a melhor marca em relação ao número de beneficiários, quase 51 milhões (26% da população brasileira), ao mesmo tempo em que mostra elevados custos operacionais e das mensalidades, nunca antes vistos. O relatório ainda destaca que as 679 operadoras ativas no país tiveram um faturamento de R\$ 270 bilhões, com uma sinistralidade média de 89% ou acima disso, em 2022.

Diante deste cenário alarmante, os profissionais do setor têm a responsabilidade de serem agentes de mudança. A corretora de seguros e gestora de riscos Galcorr, por exemplo, faz a análise e auditoria da utilização do plano de saúde, buscando mapear comportamentos de desvios e difundir um trabalho de ações educativas para as mais de 200 mil vidas que administra em benefícios, usuários e funcionários de operadoras que já entendem o impacto de tais práticas no bolso dos próprios consumidores.

## PLANO DE SAÚDE NÃO PODE RECUSAR CONTRATAÇÃO DE INSCRITO EM CADASTRO DE INADIMPLENTES

Jota Info – 19/01/2024

Para o STJ, negar o direito à contratação por esse motivo afronta a dignidade da pessoa e é incompatível com o CDC.

Por maioria de votos, a 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu que o simples fato de o consumidor possuir negativação nos cadastros de inadimplência não significa que a operadora de saúde possa recusar a contratação de plano. O colegiado entendeu que negar o direito à contratação de serviços essenciais por esse motivo afronta a dignidade da pessoa, além de ser incompatível com os princípios do Código de Defesa do Consumidor (CDC).

O voto que prevaleceu foi do ministro Moura Ribeiro. Segundo ele, ao se submeter ao mercado de consumo, o fornecedor não pode recusar, sem justa causa, a prestar os produtos e serviços oferecidos. "Na hipótese dos autos, com todo respeito, não parece justa causa o simples temor, ou presunção indigesta, de futura e incerta inadimplência do preço", declarou.

De acordo com Moura Ribeiro, o fato de o consumidor registrar negativação passada não significa que vá também deixar de pagar aquisições futuras, sem contar que ele poderá ter a ajuda de amigos e familiares para honrar essas novas obrigações. Lhe são essenciais.

Desse modo, o ministro ponderou que se a prestação de serviços sempre poderá ser interrompida se não houver o pagamento correspondente, exigir que a contratação seja efetuada apenas mediante "pronto pagamento" equivale a impor ao consumidor uma desvantagem manifestamente excessiva.

O ministro ressaltou, ainda, que o caso em questão não se tratava de um produto ou serviço de entrega imediata, mas sim de um serviço eventual e futuro, que embora posto à disposição, poderá, ou não, vir a ser exigido. "A contratação de serviços essenciais não mais pode ser vista pelo prisma individualista ou de utilidade do contratante, mas pelo sentido ou função social que tem na comunidade, até porque o consumidor tem trato constitucional, não é vassalo, nem sequer um pária", declarou Moura Ribeiro.

### Limites da função social do contrato

Em seu voto, o ministro também considerou que nas relações e negócios jurídicos contratuais há algo maior e que se põe acima da vontade e da liberdade das partes. Para ele, a parte envolvida não pode, ao seu exclusivo desejo, agir pensando apenas no que melhor lhe convém, principalmente nos casos de contratos de consumo de bens essenciais como água, energia elétrica, saúde, educação, entre outros.

"Em casos tais sobrepõem-se interesses maiores, visto que não há propriamente um poder de autonomia privada, porque o contratante (em especial o aderente) não é livre para discutir e determinar o conteúdo da regulação contratual. Nem sempre é livre, sequer, para contratar ou não contratar, visto que colocado diante de um único meio de adquirir bens ou serviços essenciais e indispensáveis à vida", argumentou.

### Caso concreto

Uma consumidora ajuizou uma ação contra a operadora após sua adesão ao plano de saúde ter sido negada em razão da existência de restrição em seu cadastro, anterior ao pedido de contratação do serviço de saúde.

Em primeira e segunda instância, a Justiça do Rio Grande do Sul determinou que a empresa fizesse a contratação do plano de saúde pretendido pela mulher, vedando qualquer exigência de quitação de dívidas para que fosse concluída a adesão.

No recurso interposto ao STJ, a operadora de saúde alega que, nos termos da Lei 9.656/1998, não há algum impedimento à recusa de contratação com pessoas que estejam negativadas nos cadastros de inadimplentes. Além disso, sustentou que a recusa tinha o mero objetivo de evitar a inadimplência já presumida da contratante.

"A previsão contida acerca da vedação da prática de seleção de riscos de 'qualquer modalidade' diz respeito ao tipo de contratação, não à qualificação do risco" e que "se trata de mera súmula administrativa, que, sob nenhum ângulo, teria o condão de superar a legislação federal", aduz a operadora. A decisão foi tomada no Recurso Especial (REsp) 2.019.136. Leia a íntegra da decisão.

### Notificação por inadimplência

No dia 20 de dezembro, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou uma resolução que dispõe sobre a notificação por inadimplência à pessoa que contrata o plano de saúde e ao beneficiário que paga a mensalidade do plano coletivo diretamente à operadora.

Além disso, a Resolução 593, que entra em vigor a partir do dia 1º de abril de 2024, também cancela a Súmula Normativa 28/15. Desse modo, a resolução regulamenta a notificação por inadimplência, se aplicando apenas aos contratos que foram celebrados após o dia 1º de janeiro de 1999 ou aos que foram adaptados à Lei 9.656/1998.

De acordo com a resolução, a operadora de saúde deverá realizar a notificação por inadimplência até o quinquagésimo (50º) dia do não pagamento como pré-requisito para exclusão

do beneficiário, ou a suspensão ou rescisão unilateral do contrato por iniciativa da operadora, motivada por inadimplência.

Para que haja a exclusão do beneficiário ou a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato por inadimplência, deve

haver, no mínimo, duas mensalidades não pagas, consecutivas ou não, no período de 12 meses, cabendo à operadora a comprovação inequívoca da notificação sobre a situação de inadimplência, demonstrando a data da notificação pela pessoa natural a ser notificada.

## ANS APROVA MUDANÇA DE CONTROLE SOCIETÁRIO DA OPERADORA AMIL

GOV (ANS) – 19/01/2024

Alteração segue determinações da Agência e é amparada na Lei nº 9.656.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), após as devidas análises técnicas, aprovou a alteração do controle societário das operadoras de planos de saúde Amil Assistência Médica Internacional S/A., Plano de Saúde Ana Costa LTDA, SOBAM Centro Médico Hospitalar S/A e A.P.S. Assistência Personalizada à Saúde LTDA.

A negociação segue as determinações da ANS dispostas na Resolução Normativa 525 e na Instrução Normativa 21, e é amparada no § 3º do artigo 1º da Lei nº 9.656 de 1998.

A venda da Amil pela United Health Group para o empresário José Seripieri Filho foi aprovada anteriormente pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade)

Sem mudanças para consumidores e prestadores de serviços de saúde

Para o consumidor dessas operadoras não há mudanças, tendo sido preservados seus direitos, bem como os deveres das operadoras de planos de saúde em questão.

Também não há qualquer alteração no relacionamento das operadoras com seus prestadores de serviços de saúde.

Em caso de dúvidas ou para registro de reclamações., a ANS orienta que os consumidores procurem, inicialmente, suas operadoras. Caso não tenham seus problemas solucionados, os beneficiários devem fazer contato com os canais de atendimento da Agência:

- Disque ANS: 0800 701 9656
- Formulário eletrônico Fale Conosco em [www.gov.br/ans](http://www.gov.br/ans)
- Núcleos da ANS em 12 cidades nas cinco regiões do Brasil
- Central de atendimento a deficientes auditivos: 0800 021 2105.

## ARTIGO: SAÚDE SUPLEMENTAR EM MOMENTO DE REORGANIZAÇÃO

Correio Braziliense – 18/01/2024

Mais que nunca, mostram-se necessárias mudanças agudas na cadeia de prestação de serviços de saúde privados, de forma a reavivar a sustentabilidade do setor.

A saúde suplementar brasileira vive momento de reorganização, que deriva de efeitos dramáticos sobre os custos assistenciais que vêm desde a pandemia. Enquanto, de um lado, vemos o número de associados aos planos de saúde crescer continuamente, de outro, os resultados econômico-financeiros permanecem preocupantes. Mais que nunca, mostram-se necessárias mudanças agudas na cadeia de prestação de serviços de saúde privados, de forma a reavivar a sustentabilidade do setor.

Em 2023, as operadoras de planos de saúde privados tiveram mais um ano positivo em termos de crescimento do mercado. Assim tem sido desde a pandemia, com mais brasileiros buscando a segurança e a qualidade oferecidas pelo sistema de saúde suplementar. O ano registrou o maior patamar de beneficiários da história, com cerca de 51 milhões de usuários cobertos por planos de assistência médica e mais de 32 milhões com planos exclusivamente odontológicos (os números definitivos só são divulgados em fevereiro).

Em contraste com a expansão do número de beneficiários, os resultados econômico-financeiros mantiveram-se tímidos em 2023. Até o terceiro trimestre, dado oficial mais recente, as operadoras de planos médico-hospitalares registraram lucro líquido de R\$ 2,3 bilhões, revertendo prejuízo de R\$ 3,4

bilhões em igual período de 2023. O resultado pode, à primeira vista, até parecer robusto, mas equivale a apenas 1,3% do total das receitas obtidas com contraprestações (mensalidades) pelas operadoras, o que evidencia a estreitíssima margem de lucro com que o setor tem trabalhado.

Mais preocupante são os resultados operacionais — ou seja, aqueles decorrentes do negócio de planos de saúde propriamente dito. Até o terceiro trimestre, houve novo prejuízo operacional, desta vez de R\$ 6,3 bilhões. Assim tem sido, de forma praticamente ininterrupta, desde o segundo trimestre de 2021: de 10 trimestres, nove tiveram resultados negativos, acumulando rombo de R\$ 20,8 bilhões até agora.

Segue, portanto, consolidando-se um modelo de negócio em que resultados operacionais muito fracos são atenuados por resultados financeiros mais expressivos, vindos, sobretudo, dos ganhos com a aplicação financeira das provisões das operadoras. Tal dependência preocupa o setor, particularmente em cenário de queda das taxas de juros que remuneram as reservas — entre aplicações garantidoras e livres, a soma, hoje, é de R\$ 107 bilhões.

Diante dessa situação, os planos têm procurado reorganizar-se, buscando mensalidades mais sustentáveis, capazes de fazer frente à alta das despesas assistenciais dos beneficiários e, ainda, fazendo ajustes de custos na gestão das operações. Numa situação assim, medidas que

resguardem o caixa das operadoras se fazem necessárias, ou melhor, obrigatórias, a bem de toda a cadeia de prestação de serviços de saúde privada, profundamente dependente da remuneração paga regularmente pelos planos.

É o que as operadoras têm feito, por exemplo, ao examinar melhor gastos que podem ser indevidos ou superfaturados e atuar para aperfeiçoar a gestão dos recursos. E, também, ao dedicar enormes esforços para combater fraudes e diminuir desperdícios, numa cruzada que, felizmente, começa a envolver largas camadas da sociedade — segundo estudo recém-publicado pelo IESS (Instituto de Estudos da Saúde Suplementar), tais perdas equivalem a 12,7% das receitas totais da saúde suplementar.

As perspectivas para este ano de 2024 são de que, em termos de cobertura, o desempenho dos planos continue dependendo, como sempre dependeu, do comportamento da economia em geral e, mais especificamente, das condições do mercado de trabalho. Há uma correlação estreita entre emprego formal e desempenho dos planos coletivos empresariais, que correspondem a mais de 70% das contratações no país.

No campo econômico-financeiro, o maior desafio é a permanência do descompasso entre o aumento das obrigações dos planos impostas por novos regramentos legais e regulatórios — logo, resultando em mais despesas assistenciais — sem as receitas correspondentes. Em grande medida, a situação dos planos de saúde vem se deteriorando nos últimos tempos por causa de alterações de regras que não levaram em consideração seus respectivos impactos financeiros — como, por exemplo, a incorporação de novos e caríssimos medicamentos e o fim de limites de sessões para certos tipos de terapias.

Todos os elos da cadeia perdem com essa situação. As cerca de 700 operadoras de planos de saúde médico-hospitalares privados em atividade no país são a porta de entrada de um gigantesco sistema. São elas que efetuam, ao repassar

quase 90% do que recebem de seus associados na forma de mensalidades, os pagamentos devidos aos prestadores pelos atendimentos ministrados aos pacientes: 83% das receitas dos principais hospitais privados e 61% da dos laboratórios provêm das transferências feitas pelos planos.

É sempre bom lembrar que a saúde suplementar permite a realização de aproximadamente 1,8 bilhão de procedimentos de saúde anuais, com a cobertura de mais de cerca de R\$ 200 bilhões em despesas assistenciais realizadas em torno de 129 mil estabelecimentos de saúde. Movimentamos ao redor de 3% do PIB e constituímos-nos num dos principais empregadores do país, com quase 5 milhões de colaboradores, dos quais 420 mil são médicos que atendem o setor privado com exclusividade ou dividindo seu tempo com o SUS. É a sobrevivência de toda essa rede de assistência que ora está sob risco.

Também em função disso, as maiores preocupações do setor em relação a 2024 referem-se à garantia de um ambiente regulatório mais estável, que dê mais previsibilidade e segurança jurídica para o negócio de planos de saúde no país. Neste sentido, acompanhamos com especial atenção a evolução das discussões em torno da revisão do marco legal dos planos de saúde em marcha na Câmara dos Deputados, com regime de urgência estabelecido. É crucial uma reflexão conjunta da sociedade, com especial atenção das esferas governamentais, a começar pelo Ministério da Saúde, sobre a urgência e a gravidade da situação.

Nosso foco principal continua sendo ajudar a fazer com que mais brasileiros consigam ter um plano de saúde, seja com planos mais acessíveis, seja com regras mais competitivas ou com medidas que ajudem a conter a alta dos custos dos tratamentos de saúde — um desafio que não é apenas brasileiro, é mundial. Passos em falso podem determinar o fim da saúde privada no país tal como a conhecemos hoje, com efeitos danosos também sobre a saúde pública, que, sem condições e sem orçamento, teria de absorver enorme demanda adicional. Não é disso que o país precisa.

## PROJETO PREVÊ COMUNICAÇÃO INDIVIDUAL DE DESCREDENCIAMENTOS EM PLANOS DE SAÚDE

Agência Senado – 18/01/2024

Os planos de saúde poderão ser obrigados a comunicar ao beneficiário, de forma individualizada, sobre o descredenciamento e substituição de unidade hospitalar ou de prestador de serviço. Projeto (PL 6.032/2023) com esse objetivo foi apresentado pelo senador Wilder Morais (PL-GO) e aguarda decisão terminativa (sem necessidade de passar pelo Plenário) na Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor (CTFC).

O objetivo, de acordo com o autor, é manter o usuário do plano de saúde atualizado sobre os serviços disponíveis, de forma a evitar que ele venha a ser prejudicado com a suspensão de um atendimento de forma inesperada. Atualmente, tanto a Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656, de 1998) quanto diversas resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disciplinam o assunto e estabelecem que a operadora deve comunicar o desligamento e as substituições na rede aos beneficiários apenas por meio de seu portal corporativo e de sua central de atendimento, com pelo menos 30 dias de antecedência. Essas informações devem permanecer disponíveis para consulta por, no mínimo, 180 dias.

No entanto, o senador esclarece que muitos beneficiários estão recorrendo à Justiça por se sentirem lesados em razão da ausência de comunicação formal e individualizada acerca do descredenciamento. Segundo Wilder, em muitos casos, essas pessoas estão em situação de vulnerabilidade e carecem de assistência em caráter de urgência, a exemplo de tratamentos quimioterápicos.

“O que ocorre na prática, em ambas as situações, é que o beneficiário é surpreendido pela notícia da indisponibilidade de determinado prestador de serviço de saúde nos piores momentos possíveis, seja durante uma internação hospitalar, seja por ocasião de uma demanda de atendimento urgente. O consumidor, já fragilizado pela doença que provocou a busca pelo serviço de saúde, fica muitas vezes desorientado diante da impossibilidade de ser atendido no local onde já está habituado ou pelo profissional em que confia”, argumenta na justificativa.

Conforme o projeto de lei, a comunicação de descredenciamento ou de substituição de prestador de serviço de saúde será efetuada de modo individualizado, por

meio de canal de comunicação eletrônico indicado pelo próprio consumidor.

Na ausência de indicação desse contato, a operadora adotará meio de comunicação individual que permita a comprovação

do recebimento da mensagem pelo destinatário. Caso seja convertida em lei, a norma entrará em vigor 180 dias após a data da sua publicação.

## ANS DIVULGA RESULTADO PRELIMINAR DO MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL

GOV (ANS) – 18/01/2024

Informações relativas ao 3º trimestre de 2023 estão disponíveis para consulta.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está disponível o resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial relativo ao 3º trimestre de 2023. A operadora poderá acessar seu resultado consultando o documento PRONTUÁRIO DE RESULTADOS - MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL, disponível na Central de Relatórios, em Monitoramento do Risco Assistencial, mediante login e senha.

O Mapeamento do Risco Assistencial é composto por indicadores distribuídos exclusivamente em duas dimensões: assistencial e atuarial dos produtos, de acordo com os normativos RN nº 479/2022 e IN DIPRO nº 58/2022. As fichas técnicas dos indicadores podem ser acessadas clicando aqui.

Os questionamentos relativos ao resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial poderão ser enviados, impreterivelmente, até o dia 02/02/24, não havendo prorrogação, conforme prazo regulamentar previsto no art. 11 da Instrução Normativa (IN) da DIPRO nº 58/2022.

O envio dos questionamentos deve ser feito via protocolo eletrônico da ANS, de acordo com as orientações a seguir.

Utilização do Protocolo Eletrônico:

Caso o usuário seja o representante legal, o protocolo eletrônico já estará disponível de forma automática.

Lembrando que o representante legal é o único usuário que possui acesso a todos os perfis de todos os sistemas por padrão.

Para isso, é preciso:

- Acessar o sistema “Protocolo Eletrônico” no menu “Operadora” do Portal Operadoras;
- Clicar “Iniciar petição”;
- Escolher “Monitoramento do Risco Assistencial”;
- Escolher “Questionamento ao Resultado Preliminar”;
- Seguir as orientações de preenchimento; e
- Selecionar o trimestre.

Caso não possua acesso, será necessário que, através do “ADMP – Operadora” no Portal Operadora, o representante legal conceda acesso aos perfis abaixo no sistema “E-PROTOCOLO - Protocolo Eletrônico”:

- Perfil obrigatório para acesso ao sistema de protocolo eletrônico
- Protocolos DIPRO – Consultar petição
- Protocolos DIPRO – Gerar petição
- Protocolos DIPRO – Consultar notificação

Aviso importante:

Para evitar que o representante legal tenha de acessar o “ADMP Operadora” toda vez que precisar conceder o acesso a um usuário, é possível delegar essa atribuição a quem já tenha acesso ao sistema “ADMP Operadora”.

## COMISSÃO APROVA PROPOSTA QUE AMPLIA A COBERTURA DOS PLANOS DE SAÚDE DAS ENTIDADES DE AUTOGESTÃO

Câmara dos Deputados – 18/01/2024

Projeto ainda será analisado pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania.

A Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei 4119/20, que autoriza entidades de autogestão a oferecerem cobertura de planos de saúde em localidade diversa quando o beneficiário estiver residindo fora dos limites da abrangência geográfica prevista inicialmente.

O relator, deputado Luciano Vieira (PL-RJ), recomendou a aprovação da proposta, que considerou “justa e adequada aos tempos atuais, em que a tecnologia permite a prestação remota de serviços e as pessoas se deslocam com facilidade”.

O texto em análise na Câmara dos Deputados inclui a regra na Lei dos Planos de Saúde. A permissão, porém, não poderá ser concedida a mais que 10% do total de beneficiários dos planos de saúde da entidade.

Hoje, as entidades de autogestão, como aquelas ligadas a estatais e instituições, operam planos de assistência à saúde cuja comercialização em massa é proibida. Assim, são restritos a trabalhadores e pessoas com vínculo direto.

Segundo o autor da proposta, deputado Toninho Wandscheer (PP-PR), algumas estatais estaduais expandiram a área de atuação, e os funcionários residentes em outros locais acabam sem acesso a planos de saúde cuja abrangência é regional.

“É o caso do plano de saúde da Fundação Copel, cuja mantenedora principal é a empresa paranaense de energia elétrica. A Copel atua principalmente no Paraná, mas deslocou empregados para atividades em diversas filiais”, disse o deputado.

## Regulamentação

O relator Luciano Viera lembrou que a atual regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) até permite que a cobertura seja ampliada, mas apenas quando o beneficiário reside fora provisoriamente e por motivo de trabalho.

“A lei atual restringe consideravelmente o acesso aos aposentados, pensionistas, menores, estudantes e até aos trabalhadores que definitivamente se encontram em localidades fora da área inicial de abrangência”, comentou.

## Tramitação

O projeto tramita em caráter conclusivo e ainda será analisado pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania.

• [Saiba mais sobre a tramitação de projetos de lei](#)

# ANS APROVA FICHAS DOS INDICADORES DO IDSS ANO-BASE 2024

GOV (ANS) – 16/01/2024

Medida traz maior previsibilidade e transparência para o setor

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou, durante a 599ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada (DICOL), as fichas técnicas do Programa de Qualificação de Operadoras (PQO) para o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) 2025, ano-base 2024. As fichas estão sendo divulgadas previamente proporcionando maior capacidade de compliance e aprimoramento de melhores práticas de gestão. Na ocasião, também foi aprovado a retificação das fichas técnicas de três dos 34 indicadores do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) 2024, ano-base 2023.

Angélica Carvalho, Diretora-ajunta de Desenvolvimento Setorial da ANS, explica que, pela primeira, a Agência está divulgando as fichas no ano corrente. “Com a medida, as operadoras terão mais tempo para realizarem os ajustes operacionais ainda no curso do ano. A ideia é tornar, cada vez mais, o IDSS um indutor de melhoria da qualidade, de processos e de governança”. Comenta Angélica.

As diretrizes estabelecidas para o IDSS 2025, ano-base 2024, são a implementação das propostas apresentadas pelas áreas técnicas, após a revisão das fichas dos indicadores do IDSS ano-base 2023, mas com impacto relevante no resultado dos indicadores. Por isso, foram propostas algumas alterações de escopo em 11 dos 34 indicadores do IDSS AB 2024, conforme listado abaixo:

- 3 indicadores da Dimensão IDQS: 1.3 Fratura de Fêmur em idosos; 1.6 Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada; e 1.9 Consultas Generalista/Especialista para idosos.
- 5 indicadores da Dimensão IDGA: 2.1 Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário; 2.5 Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica; 2.6 Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Acreditação; 2.7 Frequência de Utilização de Rede de SADT com Acreditação; e 2.9 Taxa de Tratamentos Endodônticos Concluídos.
- 3 indicadores na Dimensão IDSM: 3.1 Índice de Capital Regulatório (ICR); 3.2 Taxa de Resolutividade de

Notificação de Intermediação Preliminar; e 3.3 Índice Geral de Reclamação Anual (IGR Anual).

Os detalhamentos das alterações podem ser conferidos na Nota Técnica nº 451/2023/GEEIQ/DIRAD-DIDES/DIDES.

O material já está disponível para consulta, na área do Programa de Qualificação de Operadoras (PQO) no portal da ANS.

## IDSS 2024 (ano-base 2023)

A Diretoria Colegiada também aprovou a retificação das fichas técnicas do IDSS 2024, ano-base 2023. As alterações afetam três dos 34 indicadores avaliados:

- Programa de Operadora Acreditada (BÔNUS): por um erro formal na digitação do documento, as operadoras acreditadas no Nível III, na primeira versão da ficha, aparecem com um bônus de 0,16. Entretanto foi acordado com o grupo técnico, que o nível III de acreditação deveria ser contemplado com 0,15, a fim de garantir a proporcionalidade com os níveis I e II;
- 2.3 Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas: após consulta à área gestora do CNES (GGGIS/DRAC/SAS/MS), verificou-se que os estabelecimentos com previsão de desativação, que vinham sendo considerados no cálculo, encontram-se desabilitados segundo o sistema. Portanto, prestadores desabilitados no momento do processamento não devem ser considerados na apuração do indicador e por isso foram excluídos do cálculo do indicador;
- 2.5 Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica: pelo mesmo motivo apontado para o indicador 2.3, foram excluídos do cálculo os estabelecimentos com previsão de desativação, que vinham sendo considerados no cálculo do indicador.

## Sobre o Programa de Qualificação das Operadoras (PQO)

O Programa de Qualificação das Operadoras (PQO) é a iniciativa mais antiga da ANS para o estímulo à qualidade setorial. O Programa permite a avaliação anual do

desempenho de Operadoras, possibilitando que consumidores ou interessados em contratar um plano tenham acesso a informações detalhadas e periódicas sobre o desempenho do setor. Os resultados do Programa de Qualificação das Operadoras são traduzidos pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), que varia de 0 (zero) a 1 (um), sendo 1 a melhor nota.

## Sobre o IDSS

O IDSS é calculado a partir de indicadores extraídos dos Sistemas de Informações da ANS e dos sistemas nacionais de informação. O IDSS permite a comparação entre operadoras, estimulando a concorrência baseada em desempenho

# ANS SOLICITA INDICADORES DE SAÚDE PARA OPERADORAS

GOV (ANS) – 16/01/2024

Ação se destina a operadoras com programas Promoprev aprovados.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que as operadoras com programas Promoção da e Prevenção de Riscos e Doenças (Promoprev), que foram aprovados pela Agência, deverão enviar, por meio de Protocolo Eletrônico, até 05/02/24, os indicadores de saúde solicitados em dezembro 2023. O e-mail para o caso de dúvidas é: [promoprev@ans.gov.br](mailto:promoprev@ans.gov.br)

Os indicadores foram desenvolvidos de forma abrangente, para atender a diversidade dos programas aprovados, e servirão para o acompanhamento e aperfeiçoamento do Promoprev, conforme a área de atenção à saúde e linhas de cuidados desenvolvidos.

Clique e confira a planilha que contém os indicadores a serem enviados por meio do protocolo eletrônico.

## Sobre o envio de informações

- As operadoras devem enviar as informações solicitadas de forma objetiva e concisa, fornecendo os indicadores para cada programa aprovado pela ANS, de acordo com a área de atenção (saúde da criança, saúde do adolescente, saúde da mulher, saúde do homem, saúde do adulto idoso, saúde mental, saúde bucal, etc.) e linhas de cuidado mencionadas no Formulário de Cadastramento (FC).

- A operadora deverá preencher o quadro da planilha com a frase "Não se aplica" para os indicadores não monitorados nas ações desenvolvidas no programa.

- Os dados para elaboração dos indicadores de saúde descritos na planilha devem considerar a data de aprovação do programa na ANS, ano a ano, até o final de 2023.

- Além disso, os valores podem ser acrescentados por coluna/ano nos resultados dos indicadores a serem enviados e devem ser preenchidos no seguinte formato: numerador/denominador=resultado. Sem utilizar o multiplicador (x100 ou x1000) no resultado.

Confira abaixo um exemplo de como devem ser preenchidas as informações:

Área de Atenção (não alterar)	Nome do Indicador (não alterar)	Fórmula de cálculo (não alterar)	Resposta Operadora (valor ou "não se aplica") Ano: 2021	Resposta Operadora (valor ou "não se aplica") Ano: 2022	Resposta Operadora (valor ou "não se aplica") Ano: 2023
Fator de Risco Comportamental para condições crônicas	Proporção de beneficiários do programa que não praticam pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa	$\frac{\text{Número de beneficiários do programa que não praticam pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa} \times 100}{\text{Número total de beneficiários do programa}}$	50/1500=0,03	40/1500=0,026	20/1500=0,013

Exemplo preenchimento

**Fonte:** As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para [saude@milliman.com](mailto:saude@milliman.com).

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.



A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

[milliman.com](https://www.milliman.com)

© 2023 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.