

**28 de março de 2018**

## **MINISTRO SUSPENDE MUDANÇA NA COBRANÇA DO ISS PARA PLANOS DE SAÚDE E ATIVIDADES FINANCEIRAS**

**Estadão – 27/03/2018**

Para Alexandre de Moraes, a existência de diversas leis, decretos e normas diferentes dificultam as empresas a aplicar a lei federal e amplia conflitos

BRASÍLIA - O ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Alexandre de Moraes, concedeu liminar na sexta-feira, 23, que suspende a mudança na legislação do Imposto Sobre Serviços (ISS) nas operações com cartões de débito e crédito, leasing, fundos de investimento, consórcios e planos de saúde.

Segundo o ministro, a existência de diversas leis, decretos e normas diferentes nos municípios, tanto os atuais como os que vão entrar em vigor, dificultam as empresas a aplicar a lei federal e amplia os conflitos de competência entre os municípios "gerando forte abalo no princípio constitucional da segurança jurídica".

Desde janeiro, a cobrança foi descentralizada e deixou de ser feita no município de origem para ser feita no destino, mas as empresas pagadoras do ISS não sabem como, quanto e onde pagar o tributo.

Com a nova lei, os municípios estão fazendo interpretações divergentes sobre a base de cálculo de incidência do tributo e fixando alíquotas que variam entre 2% e 5%. O resultado tem sido uma grande confusão tributária que pode ameaçar a prestação desses serviços, principalmente nos municípios menores.

As empresas que operam esses serviços estão tendo que lidar ao mesmo tempo com 5.570 municípios. Em alguns, a câmara municipal já aprovou, no ano passado, a nova cobrança. Em outros, não há nada definido, uma vez que o projeto não foi sequer encaminhado pelos prefeitos.

Há ainda uma diferença sobre a entrada em vigor das mudanças: prefeituras que aprovaram a alteração em 2017 podem aplicá-la 90 dias depois, enquanto as que aprovarem neste ano só poderão cobrar em 2019 para respeitar a chamada "anualidade". Ou seja, haverá pagamentos pelas regras novas e antigas ao mesmo tempo. Com a decisão do ministro, todas as leis municipais aprovadas para complementar a lei federal também foram suspensas.

Na ação direta de inconstitucionalidade, a Confederação Nacional do Sistema Financeiro (Consif) e a Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (Cnseg) questionavam os dispositivos da lei complementar. A maior dificuldade seria lidar com as diferenças na aplicação das leis em cada cidade.

## **SAÚDE SUPLEMENTAR PROJETA PEQUENA RECUPERAÇÃO**

**Valor Econômico – 27/03/2018**

Depois de perder quase três milhões de beneficiários nos últimos três anos, o setor de saúde suplementar espera pequena melhora em 2018 e conta com a retomada do emprego para isso, já que os contratos coletivos firmados por empresas somam 67% do total.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o número de usuários chegou a 47,4 milhões em fevereiro, 54.041 mil a mais do que o total de janeiro, mas 36.559 a menos em relação a fevereiro de 2017. "Os analistas esperam que a taxa de desemprego diminua, mas ainda fique em dois dígitos este ano. Portanto, esperamos uma retomada no setor, embora ainda não tão expressiva", diz o diretor-presidente e diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS, Leandro Fonseca.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) espera aumento entre 1,5% e 3% no número de beneficiários e de 12,2% nas receitas de contraprestações (valor pago pelos contratantes às operadoras). Para a entidade, a viabilidade econômica da operação depende cada vez mais de escala para diluir custos e reduzir as oscilações das despesas assistenciais, levando a uma tendência de aumento das exigências da ANS com relação às provisões.

Segundo a presidente da entidade, Solange Beatriz Palheiro Mendes, 85% dos custos das operadoras são "não gerenciáveis", ou seja, de difícil previsão. Ela coloca nessa conta tanto custos ligados aos serviços assistenciais, como de judicialização, desperdício e fraudes. "Temos que avaliar esses fatores que

impulsionam a elevação dos custos. A solução depende de todos os players do setor, e não apenas das operadoras", diz ela.

Racionalizar gastos e uso de procedimentos é um desafio geral dos sistemas de saúde, diz José Sestelo, membro da Comissão de Política, Planejamento e Gestão da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). "A fragmentação da oferta promovida pelo esquema de intermediação assistencial dos planos de saúde só aumenta os custos de transação", diz.

A despeito de custos e dificuldades macroeconômicas, grandes empresas do setor, como a Bradesco Saúde, que tem 3,7 milhões de segurados, esperam fechar o ano com resultado semelhante ao do ano passado. Em 2017 a empresa teve lucro líquido de R\$ 470 milhões e aumentou suas reservas em cerca de R\$ 1,1 bilhão, que agora estão em R\$ 9 bilhões, informa o diretor geral Manuel Peres. "A tendência de alta de custos é mundial e nossa estratégia para lidar com isso é nos aproximar da rede de prestadores como laboratórios e hospitais para combinar uma mudança no modelo de remuneração", diz. "Temos que usar tecnologias de análises de dados para avaliar, por exemplo, quais internações têm chances de ser de maior permanência", acrescenta.

A expectativa na SulAmerica, que no fim do ano passado ultrapassou 3 milhões de clientes, também é de otimismo, segundo Raquel Giglio, diretora técnica e de relacionamento com clientes. Em 2017 a empresa registrou aumento de 13,1% em receitas, totalizando R\$ 3,6 bilhões. "Neste ano apostamos em iniciativas de saúde preventiva como o aplicativo Sharecare. A ferramenta ajuda o usuário a ter estilo de vida mais equilibrado ao monitorar condições de saúde e engajá-lo em atividades de autocuidado", conta. Outra ação nesse sentido é o programa Pediatra em Casa. "Isso reduz a ida de crianças ao pronto socorro, evitando a exposição a ambientes

contaminados e diminuí custos, já que o atendimento em pronto socorro é mais caro que uma consulta", diz.

Com 400 cooperativas no país, o sistema Unimed perdeu dois milhões de beneficiários nos últimos dois anos, somando hoje 18

milhões. "A tendência este ano é de equilíbrio pela melhora das condições econômicas. Nosso sistema de monitoramento das cooperativas singulares e mostra que elas já estão se recuperando", afirma.

## **PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS ULTRAPASSAM OS 23 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS**

IESS – 26/03/2018

Divulgada na última semana, a nova edição da [Nota de Acompanhamento de Beneficiários \(NAB\)](#) apontou um leve **recuo** dos planos médico-hospitalares no período de 12 meses encerrado em fevereiro de 2018 após pequeno crescimento na análise anterior. O boletim mostra, portanto, uma tendência para estabilidade com crescimento lento e gradual ao longo do ano.

Na contramão desse cenário, os planos exclusivamente odontológicos continuam apresentando bom ritmo de crescimento: já são mais de 23 milhões de vínculos em todos o país. No período analisado – entre fevereiro de 2017 e o mesmo mês desse ano – esta modalidade de assistência ganhou mais de um 1,3 milhão de novos beneficiários. Todos os Estados brasileiros apresentaram crescimento na variação anual.

No mesmo período, Sudeste e Nordeste tiveram o maior crescimento. Enquanto a primeira região teve mais de 750 mil novos vínculos (variação de 5,9%), a segunda apresentou aumento de 8,3%, ou seja, mais de 340 mil novos beneficiários. Em número absolutos, São Paulo e Ceará continuam sendo destaque do boletim, com incremento de 532 mil e 113 mil, respectivamente. No subtotal das regiões, nenhuma apresentou queda de planos exclusivamente odontológicos.

Apesar do avanço sucessivo desta modalidade em todo o país, a taxa de cobertura ainda é baixa quando comparada aos planos médico-hospitalares: 11,1% contra 22,7%, ou seja, menos da metade. Vale lembrar também que ainda há uma enorme disparidade entre os Estados. Para se ter uma ideia, a maior taxa de cobertura está em São Paulo, com 18% da população coberta por esta modalidade de assistência, enquanto outros Estados têm menos de 2% da população assistida, como é o caso do Acre, com 1,7% e Roraima, com 1,8%.

Portanto, fica clara a necessidade de mais informação e conscientização sobre a necessidade de se tratar melhor do sorriso em todo o país. O debate e adesão têm sido ampliados, mas ainda há muito o que se progredir no alerta da importância de programas e serviços voltados para a saúde bucal do brasileiro.

Os números completos estão na última edição da NAB. [Confira](#)

## **CONTRATO PODE PREVER COPARTICIPAÇÃO SOBRE VALOR DE PRÓTESES CIRÚRGICAS**

Consultor Jurídico – 26/03/2018

Respeitados o direito à informação e a necessidade de previsão clara no contrato de plano de saúde, não configura abuso a exigência de coparticipação financeira do usuário na aquisição de próteses, órteses e materiais especiais utilizados em procedimentos cirúrgicos.

Com base nesse entendimento, a 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça reformou decisão da Justiça do Rio Grande do Sul que havia declarado nula cláusula contratual de coparticipação e determinado o reembolso, em benefício da paciente, de valores relativos a prótese e materiais utilizados em cirurgia para tratamento de estenose aórtica reumática.

"Ao contrário do consignado pelo acórdão recorrido, não há abusividade na cobrança de coparticipação em procedimentos médico-hospitalares, quando há expressa e clara previsão contratual, com financiamento parcial pelo usuário e sem restrição de acesso ao serviço de saúde", apontou a relatora do recurso especial, ministra Nancy Andrighi.

De acordo com a paciente, a operadora de saúde emitiu autorização para a realização de procedimento de troca de válvula, instalação de marca-passo e circuito de circulação extracorpóreo. Amparada em cláusula do contrato, a operadora cobrou coparticipação de 20% sobre os valores dos materiais utilizados, além da quantia referente

à válvula indicada pelo médico assistente, de marca distinta e de valor superior à indicada pelo plano de saúde.

Em primeira instância, o magistrado declarou a nulidade da cláusula contratual e condenou o plano a restituir à paciente os valores relativos aos materiais cirúrgicos. A sentença foi mantida pelo Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, que, à luz da legislação de proteção ao consumidor, também considerou abusiva a cláusula que prevê a coparticipação do usuário sobre as despesas de procedimentos cirúrgicos.

A ministra Nancy Andrighi, ao analisar o recurso da operadora, destacou que, com base na competência conferida pela Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98), o Conselho de Saúde Suplementar editou a Resolução Consu 8/98, que estabelece que as operadoras de planos privados poderão utilizar mecanismos de regulação financeira (franquia e coparticipação) que não impliquem o desvirtuamento da livre escolha do segurado.

Também de acordo com a resolução, explicou a ministra, é expressamente vedado às operadoras estabelecer coparticipação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário ou fator de restrição severo ao acesso aos serviços.

"O controle desta prática ocorre por meio da exigência em informar clara e previamente ao consumidor, no material publicitário do plano, no instrumento de contrato e no livro ou indicador de serviços da rede, os mecanismos de regulação adotados, especialmente os relativos a fatores moderadores ou de coparticipação e de todas as condições para sua utilização (artigo 4º, I, 'a')", afirmou a relatora.

No âmbito do STJ, a ministra também lembrou que já houve pronunciamentos sobre a validade da cobrança de coparticipação

financeira do usuário nas despesas do plano de saúde, desde que atendido o direito à informação, bem como mantido o equilíbrio das prestações e contraprestações.

Em relação, especificamente, à coparticipação para o fornecimento de próteses, a ministra apontou que o TJ-RS entendeu haver incompatibilidade entre o artigo 10, inciso VII, e o artigo 16, inciso VIII, ambos da Lei dos Planos de Saúde, concluindo que seria obrigatória a cobertura pelo plano dos itens utilizados na cirurgia.

“Ocorre que não se verifica a suposta antinomia normativa, pois a operadora está obrigada ao fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios ligados ao ato cirúrgico (artigo 10, VII). Todavia, esta obrigação de fornecimento não implica dizer que o respectivo pagamento seja suportado exclusivamente pela operadora, pois é da própria essência da coparticipação servir como fator moderador na utilização dos serviços de assistência médica e hospitalar”, conclui a ministra ao julgar improcedente os pedidos da paciente. *Com informações da Assessoria de Imprensa do STJ.*

## REGULAÇÃO COMPETENTE

O Globo – 26/03/2018

ANS deve aplicar instrumentos consagrados no universo corporativo

O setor de saúde suplementar é, por natureza e definição, complexo. Dentre as razões desta característica estão as seguintes: o vultoso volume de suas operações; a heterogeneidade de seus agentes; o inerente conflito entre os interesses e os objetivos envolvidos e a diversidade de sua cadeia produtiva.

A presença simultânea destes fatores conduziu o setor a uma organização fragmentada, que pratica ações redundantes, não integradas, encadeadas ou complementares, acarretando desperdícios e comprometendo sua sustentabilidade.

É neste contexto, ante a relevância socioeconômica de que se reveste a saúde suplementar para a sociedade brasileira, que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deve exercer com plenitude o seu papel regulatório. Isso de maneira responsável, técnica, precisa e fundamentada, com o fim de estimular a adoção pelos agentes regulados de práticas que qualifiquem a prestação de assistência à saúde dos consumidores, mas não causem excessiva pressão sobre os custos — para que estes não se reflitam nos reajustes.

Para exercer a contento seu papel, a ANS deve utilizar instrumentos regulatórios e de gestão amparados nas melhores práticas definidas na literatura ou já experimentadas com sucesso por outras entidades reguladoras. É o caso da análise de impacto regulatório (AIR), que permite a identificação prévia dos impactos e efeitos das

medidas propostas, a partir de critérios que avaliam sua efetividade, eficácia e eficiência.

No âmbito da gestão, deve-se aplicar instrumentos já consagrados no universo corporativo. É necessária a realização de um efetivo e abrangente planejamento estratégico, mapeando as forças, oportunidades, fraquezas e ameaças que permeiam sua atuação e de onde se extraia uma adequada e transparente agenda regulatória. As ações desta devem refletir a essência de uma agência reguladora: conferir estabilidade, previsibilidade, equidade e segurança jurídica às relações e às interações mantidas no setor, sem, contudo, perder a dinâmica e a celeridade que também lhe são concernentes.

Assim, seriam criadas as condições necessárias para que as soluções tão amplamente debatidas e apresentadas nos diversos seminários, congressos e demais eventos promovidos pelo setor no plano teórico fossem concretizadas. E provocassem as necessárias alterações nas práticas atualmente empreendidas, principalmente no que tange aos modelos de assistência à saúde e de remuneração dos prestadores de serviços.

Contudo, para que estas ações alcancem os ambiciosos objetivos desejados, é preciso mais do que algumas iniciativas isoladas. É imprescindível que um conjunto amplo, coerente, racional, contextual e integrado de ações seja implementado pela agência reguladora, que deve manter posição uniforme e institucional no cumprimento de sua missão de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, contribuindo para o desenvolvimento das ações.

*Rodrigo Rodrigues de Aguiar é diretor de desenvolvimento setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar*

## SAÚDE “ANDA DE LADO” EM FEVEREIRO, APONTA IESS

IESS – 23/03/2018

Instituto aponta que embora oscilante, o setor começa a ensaiar uma recuperação lenta e gradual

O mercado de planos de saúde médico-hospitalares voltou a apresentar recuo em fevereiro de 2018 na comparação com o mesmo mês do ano passado. Apesar de modesto, o recuo de 0,1% confirma a previsão do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) de que o avanço (também modesto, de 0,1%) registrado nos 12 meses encerrados em janeiro deste ano, apesar de importante, não pode ser encarado como o início de um processo consistente de retomada dos mais de três milhões de vínculos perdidos desde dezembro de 2014.

“O setor deve permanecer ‘andando de lado’ por mais algum tempo”, antecipa Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo

do IESS. “A economia nacional está apresentando resultados positivos, mas enquanto não houver um movimento sólido de retomada dos empregos formais nos setores de comércio e serviço dos grandes centros urbanos, ainda será muito cedo para falar em uma recuperação efetiva dos beneficiários de saúde suplementar”, completa.

De acordo com dados da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), produzida pelo IESS com base em números que acabaram de ser atualizados pela ANS, houve rompimento de 36,6 mil vínculos com planos de saúde médico-hospitalares nos 12 meses encerrados em fevereiro. O que levou o total de beneficiários no País a 47,4 milhões.

Apesar do resultado, Carneiro é contundente em afirmar que não há motivo para pessimismo. “Ainda que longe de um processo consistente de retomada, o cenário atual é mais positivo do que aquele dos anos anteriores e, embora oscilante, o setor começa a ensaiar uma recuperação lenta e gradual”, pondera.

## MP INVESTIGA SE FARMÁCIAS REPASSAM DADOS DE CLIENTES A PLANOS DE SAÚDE

Veja – 23/03/2018

Várias redes de farmácia oferecem descontos em medicamentos para clientes que participam de programas de fidelidade

O Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPTDF) investiga se as farmácias repassam dados privados de seus clientes para outras empresas. A suspeita é que informações como o histórico e a frequência de compra de remédios possam ser usadas sem o consentimento dos consumidores para planos de saúde e empresas de avaliação de crédito.

O MPTDF encaminhou no início da semana um questionário aos sete maiores grupos farmacêuticos no país com perguntas sobre o que é feito dos dados que coletam dos clientes e se eles são compartilhados. As empresas terão dez dias, a partir do recebimento do documento, para responder às questões.

Muitas redes de farmácia passaram a oferecer descontos para clientes que se cadastram em seus programas de fidelidade. Os promotores querem saber como esses dados são utilizados.

Para o promotor Frederico Meinberg, coordenador da Comissão de Dados Pessoais do MPTDF, a preocupação com uso dados de saúde por empresas é que elas tomem decisões que afetem o consumidor sem que ele saiba. Por exemplo, um plano de saúde pode cobrar taxas mais caras de quem faz compras de um determinado medicamento. Ou uma financeira pode decidir cobrar juros mais altos de alguém que tem uma doença grave, como câncer, por julgar que a capacidade de pagamento será afetada.

O objetivo do questionamento do MPTDF é saber se essas informações já circulam na prática. Meinberg diz que caso as informações não sejam repassadas, chamará as empresas para assinar um Termo de Ajuste de Conduta para que as farmácias ajam com mais transparência em relação aos programas. “Se disserem que não usam os dados, vamos propor que apaguem os que está armazenado e criem um termo dizendo quais dados coletam, e que só podem usá-los com total anuência do usuário”, disse a VEJA.

Versão das empresas

Procurada por VEJA, a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) disse que as operadoras não utilizam informações de saúde de clientes de farmácia para definir preços, e que a prática é ilegal. “Logo, o interesse das operadoras de planos de saúde ao firmar convênios junto às redes de farmácia é único e exclusivamente para facilitar o acesso do beneficiário ao tratamento indicado pelo profissional de saúde, com vistas a evitar o agravamento de doenças e promover a saúde do beneficiário”. A instituição diz também que é importante esclarecer como esses dados são usados.

A Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (Abrafarma) disse que não comentaria o assunto.

O serviço de crédito SPC Brasil disse que não utiliza dados de saúde de consumidores para informações sobre crédito.

A Serasa Experian informa que não utiliza dados de compra de remédios em redes de farmácias em seus relatórios e scores de crédito.

## AO SER DEMITIDO, EMPREGADO COM COPARTICIPAÇÃO PERDE PLANO DE SAÚDE?

JOTA – 23/03/2018

2ª Seção do STJ responderá a pergunta em recurso repetitivo

O ex-empregado aposentado ou demitido sem justa causa faz jus à manutenção no plano de saúde coletivo empresarial quando, na atividade, a contribuição foi suportada apenas pela empresa empregadora? A resposta vai ser dada pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) em sede de recurso repetitivo, ou seja, a decisão servirá como orientação para os casos que tratem da mesma matéria.

A proposta de afetação do tema foi do ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, que usou como justificativa o “número expressivo” de processos sobre a manutenção do plano de saúde coletivo para ex-empregado. Ele determinou ainda a suspensão de todos os processos que tramitam atualmente no Brasil sobre o assunto.

A matéria não é nova no tribunal, e já conta com diversas decisões no sentido de que a coparticipação de funcionários no pagamento do plano de saúde oferecido pela empresa não permite a manutenção da cobertura após demissão sem justa causa.

Ao sugerir a afetação dos recursos, Villas Bôas Cueva considerou que a matéria tem sido julgada por alguns tribunais estaduais de

maneira contrária à jurisprudência do tribunal. O Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro tem até súmula, de número 354, que prevê que no caso de aposentadoria do segurado é abusivo o cancelamento ou suspensão do plano de saúde custeado integralmente pela empresa estipulante, na qual laborava o beneficiário.

Os ministros da 2ª Seção do tribunal, responsável por analisar processos de direito público, selecionaram dois recursos para serem julgados como representativos da controvérsia. Foram afetados os Recursos Especiais 1.708.104 e 1.680.318.

Nos dois casos, os ex-empregados – um da Gerdau S.A. e o outro do Banco Bradesco S.A. – ajuizaram ação de obrigação de fazer contra Bradesco Saúde S.A. objetivando a manutenção no plano de saúde coletivo empresarial nas mesmas condições de cobertura assistencial e de valores da época em que estava em vigor o contrato de trabalho, arcando com a integralidade dos custos, inclusive os da empresa.

Do outro lado, a operadora do plano de saúde sustentou que o ex-empregado aposentado ou demitido sem justa causa, para ser mantido no plano de saúde coletivo, precisa ter contribuído com o pagamento de mensalidades, o que, segundo o plano, não ocorreu, já que ele apenas custeava a coparticipação.

Além disso, afirma que não é considerada contribuição a coparticipação do consumidor em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar, sobretudo nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa.



## STJ SUSPENDE AÇÕES SOBRE DEVER DE PLANOS FORNECEREM REMÉDIO IMPORTADO

Consultor Jurídico – 21/03/2018

A 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça vai definir se os planos de saúde são obrigados a fornecer medicamentos importados não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). O tema teve repercussão geral reconhecida, suspendendo o andamento de todos os processos pendentes sobre o tema no país, exceto concessões de tutelas provisórias de urgência.

Dois recursos serão julgados como representativos da controvérsia (REsp 1.726.563 e 1.712.163), sugeridos pelo ministro Moura Ribeiro. A suspensão vale até o julgamento dos casos e a definição da tese pela 2ª Seção.

Um dos processos envolve uma mulher de São Paulo que cobrava remédio para tratar câncer de pâncreas metastático para peritônio. O juízo de primeiro grau reconheceu o dever de cobertura, com decisão mantida pelo Tribunal de Justiça. A corte paulista ainda

fixou indenização de R\$ 15 mil por danos morais, por entender que negar procedimento a uma pessoa doente ultrapassa o simples desgosto.

A operadora ré alega que não tem obrigação de fornecer produtos sem registro do órgão regulador, inclusive porque a prática poderia levar a sanções penais.

O STJ já tem jurisprudência reconhecendo que operadoras não são obrigadas a fornecer medicamentos importados sem registro na Anvisa, mas mesmo assim o tribunal recebe grande número de recursos contra decisões de segunda instância que adotam entendimento divergente.

De acordo com Moura Ribeiro, o julgamento “pode evitar decisões divergentes nas instâncias de origem e o envio desnecessário de recursos especiais e agravos a esta corte superior”.

A ministra Nancy Andrighi ficou vencida ao sugerir que a suspensão dos andamentos processuais atingisse apenas recursos especiais e agravos em recurso especial nas cortes de origem. Segundo ela, isso seria importante para “resguardar as partes de uma eventual demora no julgamento de mérito do presente recurso”. *Com informações da Assessoria de Imprensa do STJ.*

---

**Fonte:** As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o 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.

Milliman  
Av. Nilo Peçanha, 50 Sala 601 Centro  
Rio de Janeiro, RJ 20020-906 Brasil

Tel.: +55 21 22106313

[milliman.com.br](http://milliman.com.br)