

ÍNDICE INTERATIVO

[Rede D'Or acerta a compra da Sul América](#) - Fonte: G1

[Planos de Saúde Coletivos Empresariais batem recorde com 33,7 milhões de vínculos](#) - Fonte: Revista Cobertura

[40% dos Planos Médico-Hospitalares têm abrangência nacional](#) - Fonte: IESS

[Pesquisa da Doctoralia aponta tendências para o setor de saúde em 2022](#) - Fonte: Saúde Business

[ANS realiza consulta pública sobre regras de acompanhamento assistencial](#) - Fonte: ANS

[Healthtechs buscam quem não se enquadra nos planos coletivos](#) - Fonte: Estadão

[Plano de saúde deve fornecer medicamento para paciente com degeneração na retina e risco de cegueira total](#) - Fonte: TJCE

[ANS realiza oficina sobre o Sistema de Indicadores Hospitalares](#) - Fonte: ANS

[ANS realiza reunião com Amil e APS sobre plano de ação para beneficiários](#) - Fonte: ANS

[SulAmérica finaliza integração da Prodent](#) - Fonte: Revista Cobertura

REDE D'OR ACERTA A COMPRA DA SUL AMÉRICA

G1– 23/02/2022

Pelo acordo entre as companhias, a Rede D'Or vai assumir o controle dos negócios da Sul América que envolvem saúde, odontologia, seguros de vida e previdência. Negócio ainda terá de ser aprovado em assembleias gerais

A Rede D'Or informou nesta quarta-feira (23) que acertou a compra da Sul América.

Pelo acordo entre as companhias, a Rede D'Or vai assumir o controle dos negócios da Sul América que envolvem saúde, odontologia, seguros de vida e previdência. Com o negócio concluído, a marca Sul América será extinta.

"A operação engloba dois líderes do mercado de saúde no Brasil, juntando a maior rede hospitalar a uma das principais seguradoras independentes do País", informaram as empresas em comunicado conjunto.

"A combinação entre as companhias baseia-se em fundamentos estratégicos para expansão e alinhamento dos seus ecossistemas de saúde, incluindo os negócios de saúde, odonto, vida, previdência e investimentos, em favor de todos os clientes, beneficiários e parceiros de negócio", acrescentaram.

As duas companhias disseram que "convocarão, oportunamente, assembleias gerais para que os seus respectivos acionistas deliberem a respeito da proposta de Incorporação".

Quando o negócio for aprovado, os acionistas da Sul América vão receber "novas ações ordinárias de emissão da Rede D'Or em substituição às ações ordinárias ou preferenciais" da Sul América

PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS EMPRESARIAIS BATEM RECORDE COM 33,7 MILHÕES DE VÍNCULOS

Revista Cobertura – 22/02/2022

Análise do IESS aponta que, em dezembro de 2021, quase 7 em cada 10 beneficiários, estavam nesse tipo de contratação

Dos 49 milhões de beneficiários com planos médico-hospitalares no País, a maioria, 33,7 milhões (69%), estava em planos coletivos empresariais em dezembro de 2021 — avanço de 5% em relação ao mesmo período de 2020. Os dados estão na Análise Especial da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) nº 66, do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Esse número é o maior desde o início da série histórica (no ano 2000) disponibilizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A grande quantidade de beneficiários com planos coletivos demonstra que o aumento do número de vínculos de planos de saúde está fortemente atrelado à criação de empregos formais. Muitas empresas, particularmente as de grande porte, oferecem esse benefício aos seus colaboradores. Dados do Caged, disponibilizados na NAB 66, mostram que, entre dezembro de 2020 e dezembro de 2021, o Brasil teve saldo positivo de 2,7 milhões de empregos formais. Em dezembro do ano passado, o número de vínculos nesses planos chegou aos 33,7 milhões, representando cerca de 82% do estoque de empregos formais (41,3 milhões).

Os setores de serviços, comércio e indústria, historicamente, são os que mais ofertam planos de saúde aos colaboradores.

Esses setores, inclusive, foram os que apresentaram maior saldo de empregos no mesmo período: 1,2 milhão, 644 mil e 475 mil, respectivamente, seguido da construção (245 mil) e agropecuária (141 mil). Na análise regional do saldo de empregos, de janeiro a dezembro de 2021, as variações foram: na região Norte (8,62%), Centro-Oeste (8,07%), Nordeste (7,58%), Sudeste (6,80%) e Sul (6,61%). Os destaques ficaram com os estados do Acre (9,81%), Pará (9,42%) e Roraima (8,77%).

Aumento de confiança

José Cechin, superintendente executivo do IESS, acredita que há indícios que apontam para o aumento da confiança por parte dos empregados e empregadores neste momento de recuperação do emprego. "O avanço da vacinação no País, além do retorno gradativo das atividades econômicas e o saldo positivo de empregos são pontos importantes para a confiança por parte dos empregadores. Essa tendência indica a possibilidade de crescimento no número de beneficiários de planos médico-hospitalares nos próximos meses, em especial dos contratos coletivos empresariais", opina.

A ANS atenta que os números de beneficiários podem sofrer alterações retroativas em função das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras. [Veja a íntegra da NAB 66 aqui.](#)

40% DOS PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES TÊM ABRANGÊNCIA NACIONAL

IESS – 21/02/2022

A abrangência geográfica é um tópico importante para a saúde suplementar porque é ela quem assegura a cobertura dos beneficiários, instituições ou empresas em todo o Brasil ou em determinadas localidades, por exemplo. No total, existem cinco segmentações possíveis: nacional, estadual, grupo de Estados, municipal, e de grupo de municípios. A Análise Especial da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) nº 65, do IESS, fez um panorama sobre o cenário no Brasil.

Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostravam que entre janeiro e novembro de 2021, a média de beneficiários de planos médico-hospitalares foi de 48,1 milhões. Desses, 44% contrataram planos com abrangência de grupo e municípios e 40% nacional. Em 2015, por exemplo, essa proporção era inversa: cerca de 43% tinham cobertura por todo o País e 40% entre grupo de municípios.

Já na análise dos planos exclusivamente odontológicos, a cobertura nacional saltou de 64% para 74% entre 2011 e 2021. Isso significa que o número de beneficiários com esse tipo de cobertura mais que dobrou, avançando de 10 milhões para 20,4 milhões. Em novembro de 2021, inclusive, os dados da NAB 65 mostram que os vínculos exclusivamente odontológicos atingiram a expressiva marca de 28,9 milhões.

Por fim, a Análise Especial da NAB 65 indicou uma diferença entre o perfil de contratação da área de cobertura entre planos médico-hospitalares e odontológicos. Além disso, há uma tendência de crescimento da contratação de planos que envolvam municípios, talvez por conta do preço, uma vez que a limitação geográfica da cobertura também influencia no valor das mensalidades.

[Clique aqui para ver a íntegra da Análise Especial da NAB 65.](#)

PESQUISA DA DOCTORALIA APONTA TENDÊNCIAS PARA O SETOR DE SAÚDE EM 2022

Saúde Business – 21/02/2022

Foco é utilizar tecnologia para colocar o paciente no centro do cuidado

A pandemia do novo coronavírus tem estimulado iniciativas dos sistemas de saúde para consolidar o paciente como o centro do cuidado e priorizar o uso inteligente da tecnologia para garantir mais saúde e bem-estar à população. Diante deste contexto, o levantamento Panorama das Clínicas e Hospitais 2022, realizado pela Doctoralia em parceria com TuoTempo, mostra quais são as principais tendências voltadas para prevenção e cuidado por meio da digitalização da saúde.

O processo de transformação digital da saúde, por meio de tecnologias disruptivas, tem contribuído para o aprimoramento dos serviços assistenciais e viabilizado novos modelos de negócios. “Para garantir a sustentabilidade do sistema, os players do setor precisam ir além das ações de atração de clientes. É necessário investir em soluções inovadoras que proporcionem cada vez mais qualidade em todas as etapas da jornada do paciente”, explica Cadu Lopes, CEO da Doctoralia no Brasil, Chile e Peru.

A telemedicina é uma das tendências para 2022. O atendimento remoto é fundamental para a promoção da saúde, principalmente em um país como o Brasil, com dimensões continentais e com regiões onde há carência de

médicos especialistas. Nesses casos, o smartphone tem sido uma das principais ferramentas para amplificar o acesso à saúde. Por meio da conectividade, os pacientes podem acessar médicos, exames e aderir a tratamentos de forma personalizada e com mais agilidade.

As tecnologias avançadas empregadas para prestação de serviços assistenciais e na comunicação entre médicos e pacientes continuarão ganhando espaço. O uso de realidade virtual, internet das coisas e wearables, entre outros recursos, permite contribuir para a redução de desperdício e para promover atendimento mais humanizado, além de favorecer iniciativas de prevenção de doenças.

As novas ferramentas estão se tornando instrumentos potencializadores no processo de conscientização sobre a importância da adoção de um estilo de vida mais saudável para a prevenção de doenças. Consequentemente, há redução do número de acometimento de enfermidades, otimização dos tratamentos e contenção de gastos.

“A redução de tarefas manuais por meio da automação e os investimentos em tecnologia mostram um caminho do setor para levar saúde até a casa do paciente e criar pontos de atendimento mais descentralizados. Todas essas práticas convergem para colocar o paciente no centro do cuidado e humanizar a experiência em saúde” finaliza Cadu Lopes.

ANS REALIZA CONSULTA PÚBLICA SOBRE REGRAS DE ACOMPANHAMENTO ASSISTENCIAL

ANS – 21/02/2022

Prazo de envio das contribuições pela sociedade vai até 06/04 pelo portal da Agência

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) abre nesta segunda-feira (21) a Consulta Pública nº 92 com o objetivo de receber contribuições para proposta de alteração da Instrução Normativa DIPRO nº 50/2016, que trata do aprimoramento das regras de acompanhamento das operadoras, relacionadas ao Monitoramento do Risco Assistencial. O prazo para envio de sugestões vai até 06/04/2022. Os interessados em participar já podem consultar os documentos sobre o tema [neste link](#).

É através desse acompanhamento que a reguladora busca prevenir a recorrência de anormalidades que possam colocar em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento aos beneficiários. Com o aprimoramento das regras, a ANS objetiva subsidiar a tomada de decisão quanto à adoção de medidas administrativas regulatórias para as operadoras do setor, no âmbito da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), quando identificados riscos de assistência aos beneficiários de planos de saúde.

O aprimoramento das regras de Monitoramento do Risco Assistencial é um dos temas da agenda regulatória da ANS

para o triênio 2019-2021, cujo prazo foi prorrogado até o final de 2022 em razão da pandemia pelo Covid-19. O tema está sendo tratado dentro do eixo Aperfeiçoamento do Ambiente Regulatório.

Objetivos da proposta de alteração da Instrução Normativa

- Adequar o normativo às alterações e aos aprimoramentos já realizados nas regras de acompanhamento relacionadas ao Monitoramento do Risco Assistencial;
- Aprimorar a identificação de casos de desassistência recorrente aos beneficiários;
- Promover avanços no acompanhamento ao considerar especificidades dos diferentes grupos de operadoras;
- Possibilitar maior capacidade de adaptação às circunstâncias e contextos do setor;
- Atuar de forma mais célere em casos detectados que sinalizem risco à continuidade e à qualidade da assistência prestada aos beneficiários.

HEALTHTECHS BUSCAM QUEM NÃO SE ENQUADRA NOS PLANOS COLETIVOS

Estadão – 20/02/2022

Startups do setor de saúde utilizam tecnologia para reduzir custos a clientes

Enquanto as grandes operadoras não verticalizadas - ou seja, que não contam com redes próprias de atendimento - abandonaram o mercado de planos de saúde individual, deixando de comercializar essas carteiras, novas empresas, as chamadas healthtechs (startups do setor de saúde), vão atraindo pessoas que não se encaixam em planos coletivos. Essas empresas têm se utilizado da tecnologia para reduzir custos e otimizar os serviços.

Dentre as novatas estão a Qsaúde, do empresário do setor José Seripieri Junior - fundador da Qualicorp - e a startup Alice, cuja aposta é no atendimento digital e foco em prevenção, com ida ao hospital apenas quando é mesmo necessário. A Alice se tornou no fim do ano passado uma das apostas do conglomerado japonês Softbank, que fez um investimento na startup. Outra empresa que acaba de anunciar a venda de planos individuais é a Dr. Consulta, que também quer levar um pedaço desse mercado.

"Nossa aposta na Qsaúde foi ficar de mãos dadas com o cliente, e não ser apenas uma repassadora de clientes. Somos uma gestora de saúde", afirma Seripieri. Segundo o empresário, um dos problemas que hoje se vê no setor é que as seguradoras não verticalizadas acabam sendo apenas uma gestora financeira.

A Qsaúde foi aberta no fim de 2020, em meio à pandemia, e já administra cerca de 10 mil vidas. Segundo Seripieri, a estratégia, além da postura ativa na gestão da saúde do cliente (uma das apostas é no médico de família, para atuar na prevenção das doenças), é ter uma rede de qualidade ao atendimento (os hospitais paulistanos Albert Einstein e Oswaldo Cruz, considerados de ponta, estão dentro do plano). Por outro lado, é a empresa que define o melhor profissional para atender o cliente, ou seja, não se trata de um cardápio à livre escolha do beneficiário. "O modelo de atendimento é o de controle assistido", explica. Jovens

Já a Alice, que também abriu as portas em 2020, já tem 7,5 mil clientes - e grande parte um público bastante jovem entre

18 e 35 anos. "Até hoje, cerca de 25% das pessoas que compraram Alice não tinham plano, o que mostra um pouco da oportunidade de mercado que existe. Além disso, o setor de saúde no Brasil ficou, por muitos anos, sem inovação, com planos funcionando mais como um seguro para quando a pessoa está doente, sem promover saúde de fato", afirma a diretora da Alice, Daniela Bertocchi.

"Começamos com o produto individual, um mercado quase inexplorado no Brasil. Em geral, para se ter um plano de saúde antes da gente, as pessoas precisavam abrir uma conta PJ ou se associar a uma entidade de classe", diz.

No caso da Dr. Consulta, a oferta de planos individuais foi iniciada em dezembro, em uma parceria com a startup da área de saúde cuidar.me - depois de a Dr. Consulta ter comprado uma fatia minoritária na empresa.

"É uma parceria inteligente. Nessa associação, estamos criando um plano semi-verticalizado. Estamos verticalizados na parte estratégica, onde a gente tem as informações do paciente nas nossas clínicas. E temos também o outro lado, onde a gente pode utilizar a estrutura de parceria de hospitais, em uma integração de sistemas com a cuidar.me.", disse Renato Velloso, presidente do Dr.Consulta, em entrevista ao Estadão em dezembro.

PLANO DE SAÚDE DEVE FORNECER MEDICAMENTO PARA PACIENTE COM DEGENERACÃO NA RETINA E RISCO DE CEGUEIRA TOTAL

TJCE – 17/02/2022

A Justiça estadual determinou que a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Nordeste do Brasil (Camed) forneça, para paciente com degeneração na retina e risco de cegueira total, o medicamento luxturna.

"As operadoras de plano de saúde funcionam como garantidoras do Estado, tendo o dever de zelar pela norma constitucional. A garantia do direito à saúde, a toda evidência, é a garantia do próprio direito à vida, como assegura o artigo 5º da Constituição", destacou a desembargadora Vera Lúcia Correia Lima, Relatora do feito, em decisão proferida no último dia 3 de fevereiro.

De acordo com os autos, a paciente é portadora de Amaurose Congênita de Leber (ACL), em que o único tratamento para evitar a cegueira é o uso do medicamento luxturna.

O plano de saúde recusou o fornecimento do tratamento alegando que não consta no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde (ANS) e que, portanto, sofre exclusão de cobertura.

Em razão da negativa, a paciente pediu, em sede de tutela antecipada e em caráter de urgência, para que a Camed fornecesse o medicamento.

Em outubro de 2021, o Juízo da 22ª Vara Cível de Fortaleza havia deferido a medida e determinado o fornecimento do remédio, sob pena de multa diária de R\$ 5 mil. Segundo o ato

judicial, a Camed deveria, ainda, custear um profissional para aplicação do medicamento na paciente.

Com o objetivo de reformar a decisão de 1º Grau, a Operadora do Plano de Saúde interpôs recurso junto ao TJCE.

Analisando, primeiramente, a tutela recursal em caráter preliminar, a relatora acolhera o pedido de suspensividade, na linha da intelecção adotada pela Justiça Federal.

Já de forma exauriente, ou seja, no julgamento final da impugnação, após a integração do processo, evoluindo na análise do caso e de suas consequências irreversíveis, observando como devido o princípio da utilidade, assim como a garantia constitucional, de primeira geração, do direito à saúde e da dignidade humana, a desembargadora deu-se de reconsiderar sua linha de pensamento e, com o fundamento técnico-jurídico proclamado, determinado o fornecimento do fármaco, até porque a demora na realização do tratamento com o fármaco em evidência levaria a irreversibilidade dos efeitos.

E assim negou provimento ao Recurso e manteve a decisão do Juízo de 1º Grau. "A não concessão do remédio trará dano irreparável à paciente, caso não seja submetida ao tratamento", disse a desembargadora Vera Lúcia Correia Lima, relatora do processo.

ANS REALIZA OFICINA SOBRE O SISTEMA DE INDICADORES HOSPITALARES

ANS – 17/02/2022

Evento apresentou o funcionamento do Sihosp aos hospitais cadastrados no Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, no dia 10/02, a oficina de operacionalização do Sistema de Indicadores Hospitalares (Sihosp). O evento online foi direcionado exclusivamente aos hospitais cadastrados no

sistema e que atenderam aos critérios de participação no Programa de Monitoramento da Qualidade da Assistência Hospitalar na Saúde Suplementar – parte integrante do PM Qualiss. O objetivo foi demonstrar aos gestores hospitalares o funcionamento do Sihosp para auxiliá-los na hora de usar o sistema.

O diretor de Desenvolvimento Setorial substituto da ANS, César Serra, abriu o evento e ressaltou a importância da oficina: “Sem dúvida, esse evento faz parte de um objetivo maior que é a criação de uma cultura de aferição da qualidade do serviço hospitalar. A participação voluntária dos hospitais no programa já demonstra essa realidade”, declarou o diretor.

A coordenadora de Avaliação e Estímulo à Qualidade dos Prestadores de Serviço da ANS, Maria Inês Santos, explicou que o objetivo da Agência com este programa é disponibilizar instrumentos para que o setor possa melhorar a qualidade da assistência: “A melhoria da qualidade consiste em fazer com que o cuidado da saúde seja seguro, centrado no paciente, efetivo, eficiente, oportuno e equitativo”, disse. Para ela, a cadeia de valor em saúde, que inclui a regulação, só pode ser harmônica quando existe a cooperação de todos pela

melhoria da qualidade. “Não adianta só a ANS estimular a qualidade se não houver a parceria de todos os participantes do setor”, destacou Maria Inês.

Sobre o Sihosp, a técnica em Regulação da ANS, Priscila Brasileiro, explicou que o sistema possui um módulo administrativo que permite o controle do envio das informações, o processamento automatizado dos indicadores e a demonstração dos resultados por meio de painéis de controle: “A finalidade é centralizar a coleta e o processamento dos dados informados pelos hospitais participantes do programa e, desta forma, aprimorar a regulação do setor suplementar no país”, esclareceu Priscila.

O evento reuniu gestores de 128 hospitais cadastrados no Sihosp. A oficina, dividida em duas partes, promoveu três palestras: sobre o Programa, o uso dos indicadores de qualidade hospitalar na gestão em serviços de saúde e a coleta e gestão de indicadores de qualidade hospitalar. Posteriormente, os participantes foram divididos em salas diferentes para monitoria e troca de experiências sobre os assuntos abordados nas palestras.

ANS REALIZA REUNIÃO COM AMIL E APS SOBRE PLANO DE AÇÃO PARA BENEFICIÁRIOS

ANS – 17/02/2022

Operadoras firmaram compromissos com a Agência para garantir o atendimento e a comunicação aos clientes

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) convocou representantes das operadoras Amil e A.P.S (Assistência Personalizada à Saúde) para apresentar um plano de ação em prol dos clientes de planos individuais e familiares da Amil que foram transferidos para a APS no dia 02 de janeiro de 2022. O pedido da Agência foi feito em reunião realizada com a operadora no dia 14/02 e a apresentação do plano de ação foi realizada na tarde da quarta-feira (16/02), em reunião virtual com a ANS.

Nesse segundo encontro, a Amil apresentou as ações que foram realizadas recentemente em prol dos beneficiários, como:

- Redução do tempo de autorização para cirurgias eletivas com OPME (órtese, prótese e material especial) para 15 dias corridos e sem OPME para até 5 dias corridos;
- Criação de célula de acolhimento para contato antecipado em 100% dos casos que teriam negativas relacionadas à rede credenciada. O objetivo da ação é orientar o beneficiário e garantir que sua demanda seja atendida em um prestador credenciado ou eventual, assegurando os prazos regulatórios;
- Implementação de novo fluxo para busca de rede, agendamento e direcionamento nas

centrais de atendimento. O novo fluxo contempla: treinamentos, implementação de novas ferramentas, revisão de processos e resolução imediata das demandas com o beneficiário em linha;

- Retirada temporária da exigência de autorização prévia para liberação dos exames laboratoriais;
- Redirecionamento automático dos beneficiários transferidos do portal APS para o portal Amil.

Além das ações já iniciadas, a operadora demonstrou os novos passos, como:

- Reforço de comunicação à carteira transferida por meio de e-mail marketing;
- Reforço de comunicação no portal Amil para os beneficiários transferidos;
- Atualização da base de prestadores não hospitalares da APS no portal, dimensionada em aproximadamente 25.000 prestadores;
- Reestruturação do portal APS.

Durante a reunião, a ANS destacou a importância de tais ações para que o beneficiário sinta segurança em todo o processo. A reguladora continuará monitorando os prazos de atendimento e a assistência conferida aos clientes.

É importante frisar que a transferência parcial da carteira da Amil foi autorizada pela ANS para os beneficiários de planos

individuais e familiares da operadora residentes nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná. Os beneficiários de planos individuais e familiares residentes em outros estados, bem como os beneficiários de planos coletivos, não foram transferidos e permanecem na Amil.

Por fim, a Amil reforçou que todos os seus canais de atendimento permanecem disponíveis para os beneficiários transferidos para a APS. E que investiu recentemente no aumento da capacidade de atendimento do SAC.

A ANS orienta os usuários que procurem, primeiro, a Amil para solucionar suas questões. Caso o problema não seja resolvido junto ao plano de saúde, a reclamação deve ser

registrada na Agência reguladora por meio de seus canais de atendimento.

Canais de Atendimento da Amil:

- Capitais e Regiões Metropolitanas: 3004-1000
- Demais localidades: 0800-706-2363
- Ouvidoria: 3004-1094 (Capitais e Regiões Metropolitanas) ou 0800-721-1094 (demais cidades), de 2ª a 6ª Feira, das 8:00 às 18:00 horas.

Canais de Atendimento da ANS:

- Disque ANS 0800 701-9656;
- Formulário eletrônico no portal www.gov.br/ans/pt-br
- Central de atendimento para deficientes auditivos 0800 021 2105.

SULAMÉRICA FINALIZA INTEGRAÇÃO DA PRODENT

Revista Cobertura – 17/02/2022

SulAmérica finaliza integração da Prodent com mais de 1,5 milhão de beneficiários em Odonto

Companhia assumiu 100% da operação das carteiras da Prodent e finalizou, nesta semana, a migração dos processos com a operadora de planos odontológicos

A SulAmérica anuncia ao mercado a conclusão do processo de integração da Prodent ao grupo. O projeto, de grande impacto, representou um marco na estratégia de crescimento em Odonto da seguradora, além de contribuir para ampliar a visão sobre Saúde Integral, conceito proprietário em que as saúdes física, emocional e financeira andam de mãos dadas.

Com a aquisição, processo realizado em 2018, a SulAmérica passou a operar 100% da empresa de assistência odontológica

Prodent – a oitava maior operadora de planos odontológicos do país, por R\$ 146 milhões. A partir daí, a companhia adicionou mais de 400 mil usuários à sua carteira de planos odontológicos, atingindo a marca de cerca de 1,5 milhão de beneficiários.

A operação permitiu a incorporação de toda a carteira de clientes PME, Empresarial e Balcões da Prodent. Com isso, a SulAmérica iniciou um novo modelo de negócio, com atuação em canais de distribuição de vendas nos balcões de varejo, intensificação do cross-sell de produtos e presença em novas regiões do país, além de trazer pessoas capacitadas e com todo o conhecimento necessário para a operação.

Leia mais:

[SulAmérica anuncia nova vice-presidente de Saúde e Odonto](#)

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.br.

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

© 2018 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.