

ÍNDICE INTERATIVO

[ANS: Solicitações médicas emitidas eletronicamente são válidas durante a pandemia](#) - Fonte: ANS

[Justiça determina fim de carência de planos de saúde no Piauí](#) - Fonte: GP1

[Planos de saúde terão que informar inadimplência e número de leitos ocupados com Covid-19 à ANS](#) -
Fonte: O Globo

[ANS retoma avaliação de propostas para atualização do Rol de procedimentos](#) - Fonte: ANS

[Efeitos da pandemia na área dos seguros e planos de saúde](#) - Fonte: Saúde Business

[Planos de saúde: ANS divulga números de março](#) - Fonte: ANS

[ANS disponibiliza informações sobre demandas de beneficiários relacionadas à Covid-19](#) - Fonte: ANS

[Planos de saúde optam por não manter inadimplentes e ficar sem recurso extra](#) - Fonte: Folha de São Paulo

ANS: SOLICITAÇÕES MÉDICAS EMITIDAS ELETRONICAMENTE SÃO VÁLIDAS DURANTE A PANDEMIA

ANS – 06/05/2020

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou em reunião realizada na segunda-feira, 04/05, o entendimento da reguladora a respeito da cobertura para exames solicitados por meio eletrônico pelos médicos assistentes de beneficiários de planos de saúde: a prescrição feita remotamente é equivalente àquelas apresentadas em receituário de papel, para fins de realização do procedimento junto à rede prestadora do plano.

Por conta da crise causada pela pandemia do novo coronavírus, a ANS vem orientando operadoras, prestadores de serviços de saúde e beneficiários sobre a importância da priorização de atendimentos por meio de comunicação à distância. Como já foi esclarecido pela reguladora, a telessaúde não é um novo procedimento, mas uma modalidade de atendimento não presencial, o que dispensa alteração no rol de coberturas obrigatórias.

Sendo assim, esse é um recurso importante para a proteção da saúde das pessoas e seu uso deve sempre obedecer ao disposto nos normativos editados pelos conselhos

profissionais da área da saúde, pelo Ministério da Saúde e pelo Poder Legislativo.

O entendimento da ANS dá cumprimento à Decisão de Antecipação de Tutela proferida pelo d. Juízo da 21ª Vara Federal de Pernambuco, onde tramita Ação Civil Pública ajuizada pela Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde. Tal entendimento refere-se à prescrição de qualquer exame com cobertura contratual ou no rol de procedimentos da ANS e não somente àqueles relacionados à Covid-19 e deve vigorar enquanto perdurarem os efeitos da lei nº 13.989/2020, da Portaria GM/MS nº 467/2020 e da autorização do CFM para a prescrição digital ou de outras normas que venham a substituí-las na regulamentação da prática da telemedicina no Brasil.

[Confira aqui a Nota Técnica nº 1/2020/COMEC/GEAS/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO](#)

[Veja aqui a Nota Técnica Nº 6/2020/DIRAD-DIDES/DIDES.](#)

JUSTIÇA DETERMINA FIM DE CARÊNCIA DE PLANOS DE SAÚDE NO PIAUÍ

GP1 – 06/05/2020

A multa, caso seja descumprida a decisão, será de R\$ 10.000 (dez mil reais) por cada recusa de atendimento, limitada à quantia de R\$ 500.000 (quinhentos mil reais).

O juiz Leonardo Lúcio Trigueiro, da 4ª Vara Cível de Teresina, determinou que planos de saúde do Piauí não cobrem períodos de carência nos atendimentos e internações durante a pandemia do novo [coronavírus \(covid-19\)](#). A decisão é do dia 30 de abril.

Normalmente os planos de saúde fixam um prazo de carência de até 180 dias para novos contratos e o contratante fica sem atendimento médico, mesmo pagando a mensalidade. A medida se dá por conta da gravidade da doença.

A ação foi ajuizada pelo Núcleo Especializado da Saúde da Defensoria Pública do Estado do Piauí, que citou o número de mortos e contaminados pela doença no estado. O juiz acatou o pedido da Defensoria e exigiu que não haja carência para contratantes com suspeita de contágio ou resultado positivo de coronavírus.

A multa, caso seja descumprida a decisão, será de R\$ 10.000 (dez mil reais) por cada recusa de atendimento, limitada à quantia de R\$ 500.00 (quinhentos mil reais).

De acordo com dados da [Secretaria de Estado de Saúde](#) (Sesapi), atualizados na noite de terça-feira (5), o Piauí registra 949 casos confirmados e 30 óbitos. Ao total são 77 municípios com casos confirmados no estado.

PLANOS DE SAÚDE TERÃO QUE INFORMAR INADIMPLÊNCIA E NÚMERO DE LEITOS OCUPADOS COM COVID-19 À ANS

O Globo - 05/05/2020

Agência afirma que dados permitirão uma análise real da situação do setor

RIO - As operadoras de planos de saúde terão que informar à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), até o fim desta semana, dados de inadimplência, número de leitos destinados ao tratamento de Covid-19 e sua taxa de ocupação, custo do tratamento dos pacientes contaminados pelo vírus, assim como o impacto do custo de equipamentos de proteção individual (EPIs).

- Esse conjunto de informações, somado a outros dados que a ANS já dispõe, como o monitoramento das demandas registradas por consumidores junto aos canais de atendimento da reguladora, permitirá uma análise mais aprofundada da situação, sendo de grande relevância para subsidiar a adoção de medidas em prol da sustentabilidade do setor durante e no pós-crise - explica Rogério Scarabel, diretor-presidente substituto da ANS.

As informações econômico-financeiras das operadoras costumam ser enviadas à agência ao fim de cada trimestre, mas por conta da necessidade de avaliação do cenário, a ANS solicitou a antecipação do envio de alguns dados e pediu informações sobre ocupação de leitos e atendimentos que não são usualmente informados pelas empresas do setor.

Segundo as empresas, a determinação de atendimento a inadimplentes durante a pandemia incluída no acordo, inviabilizou assinatura, pois colocaria em risco a sustentabilidade do setor.

Confira as informações solicitadas às operadoras:

- Fluxo de caixa das operadoras relativos aos primeiros meses de 2019 e de 2020. Com a análise das receitas e despesas, é possível verificar, por exemplo, se houve aumento de gastos e se os pagamentos das mensalidades foram feitos pontualmente;
- Número total de leitos e número de leitos destinados especificamente ao tratamento da Covid-19, por hospital ou município, de fevereiro a abril de 2020;
- Taxa de ocupação de leitos destinados especificamente para o tratamento da Covid-19, por hospital ou por município (diária ou semanal), de fevereiro a abril de 2020;
- Taxa mensal de ocupação de leitos (geral), por hospital ou por município de fevereiro e março de 2019 e de fevereiro a abril de 2020;
- Média de atendimentos mensais em pronto socorro (que não evoluem para internação) de fevereiro e março de 2019 e de fevereiro a abril de 2020;
- Número de internação por SARS (Síndrome Respiratória Aguda Grave), de fevereiro e março de 2019 e de fevereiro a abril de 2020;
- Impacto do custo dos EPIs no valor médio do tratamento dos pacientes de COVID-19 (valor absoluto e relativo), de fevereiro a abril de 2020;
- Custo Médio para tratamento do COVID-19 (números de dias em média e custo diário – para os dois cenários: internação comum e UTI).

ANS RETOMA AVALIAÇÃO DE PROPOSTAS PARA ATUALIZAÇÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS

ANS – 05/05/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por intermédio da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), está dando continuidade às reuniões de análise das propostas de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (ciclo 2019-2020). Este é o primeiro ciclo de reuniões com a nova metodologia de atualização do Rol, cujas regras estão estabelecidas na Resolução Normativa Nº 439/2018. As reuniões estão agendadas para ocorrer no período da manhã, de 04 a 14 de maio (confira a agenda completa ao final do texto).

Nos encontros estão sendo avaliadas as sugestões de tecnologias em saúde submetidas no processo de

atualização do Rol e consideradas elegíveis. Participaram das atividades os membros da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), os autores das propostas elegíveis e representantes de entidades representativas do setor.

Em função da pandemia de Coronavírus, nessa nova rodada as reuniões serão realizadas virtualmente. Os encontros estão sendo gravados e serão disponibilizados no canal da ANS no Youtube oportunamente. Nessa nova rodada, que será a 19ª, serão avaliadas 16 sugestões de procedimentos que levaram em conta a viabilidade econômica, vantagens e fragilidades, além das formas de execução dos projetos.

Confira abaixo a agenda completa das reuniões e a as tecnologias em saúde que serão analisadas na 19ª rodada de reuniões do Rol:

DATA DA REUNIÃO	TECNOLOGIAS EM AVALIAÇÃO
04/mai	Alentuzumabe e natalizumabe
05/mai	Ocrelizumabe_IND1 e ocrelizumabe_IND2
06/mai	Betainterferona 1A e acetato de glatirâmer
07/mai	Tratamento preventivo da migrânea crônica - toxina botulínica A e erenumabe
08/mai	Teste de punção lombar (TAP TEST) e trombólise endovenosa AVE isquêmico agudo
11/mai	Ressonância magnética articular de joelho e ressonância magnética de coluna
12/mai	Punção ou infiltração articular orientada ou não por método de imagem e ureterorrenolitotripsia a laser
13/mai	Nusinersena e imunoglobulina humana
14/mai	Acompanhamento pré-natal por enfermeiro obstetra ou obstetrix

[Clique aqui e saiba mais sobre o processo de atualização do Rol de Procedimentos.](#)

EFEITOS DA PANDEMIA NA ÁREA DOS SEGUROS E PLANOS DE SAÚDE

Saúde Business – 04/05/2020

Os efeitos da COVID-19 no mercado de seguros ainda são incertos. Grupos de seguradoras abriram mão da cláusula de exclusão de pandemias, enquanto outras fazem prevalecer o que está em contrato.

Na saúde, por exemplo, há questões que envolvem, entre outras, a carência e a suspensão por inadimplência. Regras são para serem cumpridas, como as carências contratuais e cada seguradora tem seus critérios para consultas, exames e internações. Entretanto, atendimentos de urgência e emergência e internações com recomendação médica devem ser realizados em até 24 horas, mesmo que a pessoa esteja cumprindo período de carência. A operadora não pode recusar o atendimento.

Mas não é simples, pois tudo isto é dificultado pelo fato de que a cada dia temos menos planos individuais e, neste momento, muitas operadoras suspenderam a comercialização de produtos justamente pela liberação das coberturas do COVID-19. A ANS inseriu a doença no rol de procedimentos obrigatórios. Ou seja, seguros e planos são

obrigados a realizar testes e custear o tratamento da COVID-19. Sempre de acordo com os protocolos médicos.

Grande parte das operadoras associadas à Fensaúde suspendeu por 90 dias, a partir de 1º de maio, os reajustes das mensalidades dos planos médico-hospitalares dos contratos individuais, coletivos por adesão e empresariais com até 29 beneficiários. Mas não assinaram o termo onde poderiam acessar 15 bilhões. Não se comprometerão com a inadimplência, ou seja, não deixarão de suspender atendimentos e cancelar contratos por falta de pagamento. Infelizmente esta atitude levará a uma grande demanda de ações judiciais.

Por último e com grave reflexo, a pandemia tem reduzido em muito a procura por ambulatórios hospitalares e cirurgias eletivas. Com isto os hospitais preveem demissões, pois muitos profissionais não estão preparados para a COVID-19.

Num breve resumo, a COVID-19 põe em xeque os sistemas de saúde de todo o mundo e coloca público e privado lado a lado. As dificuldades serão muito parecidas e a gravidade será proporcionalmente idêntica, logo este ponto faz o

isolamento social tão efetivo. A ideia é não sobrecarregar os hospitais, pois precisamos dos leitos para atender os pacientes mais graves, sejam eles do SUS ou clientes do sistema privado de saúde.

Como opção para nos auxiliar nesses tempos difíceis, podemos citar a telemedicina, que teve sua lei adaptada, permitindo que empresas e profissionais de saúde oficializem

seus protocolos para acompanhar, consultar e até tratar pacientes a distância, em casa. E várias operadoras de planos de saúde e empresas ligadas à área de saúde já oferecem ou buscam contratar o serviço para oferecer a seus beneficiários. O recurso está aí, vamos usá-lo em benefício do maior número possível de pessoas!

PLANOS DE SAÚDE: ANS DIVULGA NÚMEROS DE MARÇO

ANS - 04/05/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta terça-feira (05/05) os dados do setor de planos de saúde relativos ao mês de março. As informações estão disponíveis para consulta por meio da Sala de Situação, ferramenta do portal da ANS.

[Acesse aqui.](#)

No período, o setor totalizou 47.107.809 beneficiários em planos de assistência médica em todo o Brasil, registrando pequeno crescimento em relação a março de 2019 (veja tabela abaixo). O aumento pode ser verificado nas modalidades de planos coletivos empresariais e coletivos por adesão. Entre os planos individuais ou familiares, houve redução no número de usuários.

Já o segmento exclusivamente odontológico segue em sua trajetória de evolução nos últimos anos, contabilizando

25.960.519 beneficiários – crescimento de 1.539.404 no período de um ano.

Entre os estados, no comparativo entre março de 2019 e março de 2020, o setor registrou aumento de beneficiários em planos de assistência médica em 19 unidades federativas, sendo Minas Gerais, Goiás e São Paulo as que tiveram o maior ganho em números absolutos. Na segmentação odontológica, apenas Alagoas não registrou crescimento.

A ANS ressalta que os números podem sofrer modificações retroativas em função das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Confira nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por UF.

Beneficiários em planos de assistência médica, por tipo de contratação						
COMPETÊNCIA	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
mar/19	46.874.353	31.609.273	6.129.885	622	9.036.870	97.703
mar/20	47.107.809	31.841.580	6.166.588	600	9.010.599	88.442

Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos, por tipo de contratação						
COMPETÊNCIA	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
mar/19	24.421.115	17.789.537	2.307.744	1.921	4.309.470	12.443
mar/20	25.960.519	19.122.713	2.551.945	1.803	4.273.870	10.188

UF	Beneficiários em planos de assistência médica		Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos	
	mar/19	mar/20	mar/19	mar/20
Acre	42.260	42.806	15.221	15.735
Alagoas	371.558	368.172	274.674	273.270
Amazonas	514.900	530.713	406.566	455.091
Amapá	67.809	64.604	44.214	45.382
Bahia	1.583.252	1.585.500	1.489.726	1.521.303
Ceará	1.286.364	1.264.232	953.616	997.315
Distrito Federal	885.831	906.153	554.812	598.573
Espírito Santo	1.098.970	1.109.725	499.966	521.840
Goiás	1.130.803	1.157.997	626.765	653.750
Maranhão	464.017	473.303	196.656	205.469
Minas Gerais	4.980.905	5.065.849	2.065.789	2.205.359
Mato Grosso do Sul	597.304	583.684	142.204	146.480
Mato Grosso	568.937	592.604	204.057	222.168
Pará	784.038	785.074	419.342	440.432
Paraíba	412.659	417.664	358.074	384.039
Pernambuco	1.330.884	1.340.897	939.507	1.009.701
Piauí	318.330	329.993	83.960	96.277

Paraná	2.836.876	2.851.761	1.261.765	1.321.795
Rio de Janeiro	5.341.609	5.362.936	3.280.242	3.425.943
Rio Grande do Norte	501.266	506.082	331.730	339.331
Rondônia	153.600	150.867	101.048	106.926
Roraima	29.061	29.449	9.740	11.403
Rio Grande do Sul	2.542.058	2.534.447	769.355	791.153
Santa Catarina	1.470.933	1.465.852	498.790	553.763
Sergipe	314.926	317.120	194.500	205.700
São Paulo	17.115.445	17.140.060	8.594.813	9.250.868
Tocantins	108.631	107.021	49.543	127.288
Não Identificado	21.127	23.244	54.440	34.165
TOTAL	46.874.353	47.107.809	24.421.115	25.960.519

ANS DISPONIBILIZA INFORMAÇÕES SOBRE DEMANDAS DE BENEFICIÁRIOS RELACIONADAS À COVID-19

ANS - 30/04/2020

Desde a inclusão do exame de detecção do novo Coronavírus (Covid-19) no Rol de Procedimentos obrigatórios para beneficiários de planos de saúde, em 13 de março de 2020, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por intermédio e iniciativa da Diretoria de Fiscalização, vem fazendo monitoramento diário dos dados relacionados aos casos da doença no Brasil e das demandas registradas nos canais de atendimento da Agência para pedidos de informação e registro de reclamações.

Para esse acompanhamento e análise de informações, foi desenvolvida uma ferramenta com recursos de business intelligence com interface simples e de fácil compreensão para o usuário final (Power BI). Entre outras consultas, é possível comparar os números de casos confirmados no Brasil com os registros de demandas nos canais de atendimento da ANS no mesmo período; identificar os percentuais e os tipos de reclamações mais frequentes; verificar a quantidade de registros nos canais de atendimento por Unidade da Federação; e visualizar, em mapas, a

incidência de casos confirmados e os números de reclamações registradas nos mesmos estados. A ferramenta permite ainda a comparação entre as demandas relacionadas ao novo coronavírus com os registros sobre outros assuntos feitos nos canais de atendimento da ANS. É possível fazer filtros de acordo com o interesse e o objetivo da pesquisa. As fontes das informações são o Ministério da Saúde e o Sistema de Fiscalização da ANS.

“Esse acompanhamento sistemático, com a comparação e análise dos dados disponíveis no Brasil e especificamente na saúde suplementar permite à reguladora maior assertividade na tomada de decisões, com ações dirigidas aos pontos mais críticos. Tornar essas informações públicas é uma forma de dar transparência a toda a sociedade sobre como o setor de planos de saúde está sendo impactado por essa crise causada pela pandemia do novo coronavírus”, afirma a diretora de Fiscalização da ANS, Simone Freire.

[Confira aqui a análise de demandas de beneficiários de planos de saúde relacionados aos casos da Covid-19.](#)

PLANOS DE SAÚDE OPTAM POR NÃO MANTER INADIMPLENTES E FICAR SEM RECURSO EXTRA

Folha de São Paulo – 29/04/2020

Operadoras dizem que reserva liberada é de R\$ 1,4 bi e não de R\$ 15 bi como havia sido divulgado

Nem com a possibilidade de acessar uma reserva de recursos as operadoras de saúde quiseram se comprometer com a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) a manter usuários inadimplentes até o dia 30 de junho em suas carteiras e, assim, garantir [atendimento durante a pandemia de Covid-19](#).

Apenas 9 de 695 planos de saúde do país, que representam cerca de 324 mil de um total de 47 milhões de clientes do setor suplementar, assinaram termo com esse compromisso, segundo a ANS.

O acordo previa que as operadoras poderiam usar recursos de uma espécie de poupança obrigatória do setor destinada a garantir o equilíbrio fiscal em situações de emergência, para viabilizar medidas para o enfrentamento da pandemia.

Em contrapartida, as empresas deveriam pagar em dia os profissionais e serviços de saúde, renegociar contratos com beneficiários que estivessem com dificuldades para manter o pagamento das mensalidades e mantê-los no plano até o fim de junho.

As justificativas das operadoras para não assinar o compromisso são o risco de uma inadimplência generalizada e o [aumento dos custos](#) durante a pandemia do coronavírus.

Em 9 de abril, a [ANS anunciou que flexibilizaria cerca R\\$ 15 bilhões](#) (o que, segundo o setor, equivaleria a 20% da reserva) em garantias financeiras e ativos garantidores. A nota fala em liberação de R\$ 1,4 bilhão em recursos financeiros para as operadoras. Nove empresas, com maior margem de solvência em relação às demais, poderiam ter acesso a mais R\$ 2,7 bilhões.

Outros R\$ 10,5 bilhões estariam livres para movimentação entre aplicações, por exemplo, permitindo às operadoras uma gestão mais proativa dos ativos financeiros.

“A liberação de R\$ 15 bilhões nunca existiu. É 10% disso para 780 operadoras. Os R\$ 10,5 bilhões eu posso tirar de uma aplicação financeira e levar para outra. Mas eu não posso utilizar o recurso”, diz Marcos Novais, superintendente executivo da Abrameq.

Segundo ele, houve uma interpretação equivocada desses valores, o que provocou uma avalanche de propostas de assembleias legislativas estaduais e do próprio Congresso Nacional. Os textos propõem desde a redução no valor das mensalidades até a proibição de cancelamentos de contratos inadimplentes durante a pandemia.

“A liberação de R\$ 15 bilhões até nos daria um certo conforto de caixa, mas nem esse recurso blindaria o setor da crise. Cada operadora teria direito a uma fatia. Para quase metade delas, esse recurso equivaleria a 15 dias de pagamentos. Ou seja, alivia o meu caixa em 15 dias”, afirma Novais.

Em nota, a FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), que representa 16 grupos de seguradoras e planos, diz que a extensão e a natureza das contrapartidas apresentadas pela ANS para o acesso aos recursos dessas reservas acabaram por tornar inviável a sua utilização.

Segundo a entidade, as associadas concluíram que não poderiam assumir o compromisso de manter a cobertura ou deixar de cancelar contratos inadimplentes de forma indistinta até 30 de junho.

“Diante das perspectivas de elevação significativa de gastos assistenciais no curto prazo, o desafio das associadas tem sido, cada vez mais, adequar seu fluxo de receitas, que tende a ser agravado pelo aumento da inadimplência, com a necessidade de continuar garantindo suporte financeiro tempestivo à rede de prestadores de serviços médico-hospitalares”, diz.

A FenaSaúde reforça que, mesmo não tendo assinado o termo, grande parte das operadoras suspendeu por 90 dias, a partir de sexta (1º), reajustes de mensalidades.

Para o Idec (Instituto de Defesa do Consumidor), a atitude das operadoras desperta indignação. “É uma mensagem clara: se for para atender inadimplentes durante a pandemia, as operadoras preferem ficar sem a ajuda financeira disponibilizada pela agência reguladora”, diz.

Segundo o Idec, consumidores que por muito tempo pagaram seus planos de saúde em dia e que, por conta de dificuldades financeiras, atrasarão suas mensalidades poderão ficar sem atendimento.

Para o instituto, os argumentos das entidades não são razoáveis por duas razões: as despesas com plano de saúde tendem a ser as últimas a serem cortadas pelos consumidores, e, com a pandemia, ocorreram muitos [cancelamentos de procedimentos eletivos](#), o que reduz a pressão financeira sobre as empresas.

Na avaliação da ANS, as empresas que optaram por não aderir indicam que estão em boa situação de liquidez e que, portanto, não precisam recorrer às reservas técnicas. Ainda assim, a ANS diz que orientou as operadoras a se esforçarem para manter os contratos dos beneficiários.

A [legislação garante aos beneficiários](#) a permanência no plano em caso de inadimplência por até 60 dias, consecutivos ou não, nos contratos de pessoa física. É proibida a rescisão ou suspensão unilateral por iniciativa da operadora, qualquer que seja o motivo, durante a internação de titular ou de dependente.

Em planos coletivos, as condições para exclusão do beneficiário devem estar previstas em contrato. Antes da rescisão, o beneficiário tem direito a todos os procedimentos contratados, não podendo ter nenhum atendimento negado ou mesmo ser constrangido por estar inadimplente.

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.

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