

ÍNDICE INTERATIVO

[O mercado de saúde remota será de US\\$ 57 bilhões até 2032](#) - Fonte: Saúde Business

[Projeto altera a lei do seguro saúde](#) - Fonte: Segs

[Saúde privada teve ganhos em 2022, mas há muito o que avançar](#) - Fonte: Veja Saúde

[Planos de saúde lançam cartilha contra fraude em boleto](#) - Fonte: Folha de S. Paulo

[ANS vai certificar planos de saúde que combatem cesáreas desnecessárias](#) - Fonte: CNN Brasil

[Inscrições do projeto modelos de remuneração baseados em valor vão até 31/01](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Novas regras de capital regulatório exigem adaptação das operadoras](#) - Fonte: Saúde Business

[Itaú BBA rebaixa Rede D'Or \(RDOR3\) e sugere cautela com ações do setor de saúde](#) - Fonte: Suno Notícias

O MERCADO DE SAÚDE REMOTA SERÁ DE US\$ 57 BILHÕES ATÉ 2032

Saúde Business – 17/01/2023

Monitoramento remoto de pacientes permite que profissionais gerenciem problemas de saúde e reduz custos. Veja quanto o mercado de saúde remota movimentará.

As tecnologias de monitoramento remoto de pacientes são o tipo de plataforma digital de saúde que permite que os pacientes sejam determinados fora da visita clínica típica, em sua casa ou em sua comunidade. Por exemplo, pacientes com hipertensão que monitoraram a pressão arterial em casa e compartilharam suas leituras com o profissional de saúde obtiveram um controle significativamente melhor da pressão arterial.

Telemedicina viabiliza saúde remota

A telemedicina pode ser de três tipos, que incluem monitoramento remoto, armazenamento e encaminhamento e serviços interativos em tempo real. A telemedicina reduz os riscos de infecção por contato direto de médicos e pacientes. A prática pode ser definida como o uso de tecnologias de telecomunicações para apoiar a prestação de todos os tipos de serviços relacionados a diagnósticos e tratamentos, geralmente realizados por médicos.

Isso inclui, por exemplo, a realização de testes diagnósticos, o acompanhamento de perto do progresso do paciente após o tratamento ou terapia e a facilitação do acesso a especialistas que não estão localizados no mesmo local que o paciente reside. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Telemedicina como:

“A prestação de serviços de saúde, onde a distância é um fator crítico, por todos os profissionais de saúde usando tecnologias de informação para a troca de informações válidas para diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças e lesões, pesquisa e avaliação e para a educação continuada

dos profissionais de saúde. Tudo no interesse de melhorar a saúde dos indivíduos e suas comunidades”.

O monitoramento remoto de pacientes permite que os provedores gerenciem condições agudas e crônicas e também reduzam o custo de viagem e o risco de infecção do paciente. A pandemia da Covid-19 forçou os provedores de saúde a adotar soluções de telessaúde acelerando a adoção de plataformas digitais de saúde.

Dados do mercado de saúde remota

O mercado de saúde remota representou US\$ 8,45 bilhões em 2022 e está estimado em US\$ 57,1 bilhões até 2032 e espera-se que registre um CAGR de 19,8%. O mercado de Saúde Remota é segmentado com base em serviços, aplicativos, usuários finais e região.

- Com base no serviço, o mercado de assistência médica remota é segmentado em saúde virtual em tempo real, monitoramento remoto de pacientes e tele-UTI.
- Com base no aplicativo, o mercado Remote Healthcare é segmentado em Obstetria, Cardiologia, Diagnóstico e outros.
- Com base nos usuários finais, o mercado de assistência médica remota é segmentado em pacientes, pagadores, provedores, organizações governamentais e outros.
- Por região, o mercado Remote Healthcare é segmentado na América do Norte. Europa. Ásia-Pacífico.

PROJETO ALTERA A LEI DO SEGURO SAÚDE

Segs – 17/01/2023

A Comissão de Defesa do Consumidor da Câmara analisa projeto de lei de autoria do deputado Severino Pessoa (MDB/AL) que altera a Lei 9.656/98, a qual regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde. A proposta, apresentada em dezembro, estabelece que a amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será estabelecida “em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação”.

Além disso, o texto determina que seja reconhecido o caráter exemplificativo do rol de cobertura de procedimentos e eventos em saúde suplementar de cobertura obrigatória, sendo vedado às operadoras de planos de saúde recusar o

tratamento prescrito pelo médico pela circunstância pura e simples de não estar previsto no rol da ANS.

Caso o projeto seja aprovado, será permitido às operadoras indicar tratamento diverso do prescrito pelo profissional de saúde, incorporado ou não ao rol da ANS, por razões de menor onerosidade, desde que tenha igual ou maior eficácia e segurança comprovadas, ressalvadas as situações de urgência em que não haja tempo hábil para se aguardar o posicionamento da operadora.

Contudo, as operadoras somente poderão recusar o tratamento ou procedimento prescrito pelo médico quando, não havendo substituto terapêutico, a ANS tenha indeferido, prévia e fundamentadamente, sua inclusão no rol de

procedimentos e eventos de saúde suplementar de cobertura obrigatória; seja comprovadamente ineficaz ou inseguro, à luz da medicina baseada em evidências, ou não seja recomendado por órgãos técnicos de renome nacionais ou estrangeiros.

Segundo o autor do projeto, “é legítima a expectativa do beneficiário de plano de saúde” em ter acesso a todas as medidas necessárias à preservação da sua saúde, uma vez que a Lei 9.656/98 prevê que a assistência à saúde, prestada

por planos privados, compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde. “O entendimento pela taxatividade do rol, como regra, traz ônus significativos ao usuário, que haverá, sempre, de seguir caminho mais longo, pela via judicial, na tentativa de comprovar o seu direito à obtenção do tratamento prescrito no caso concreto, a medida também onera o Judiciário, e acaba transferindo a ele a necessidade de averiguação de questão técnica”, argumenta o deputado.

SAÚDE PRIVADA TEVE GANHOS EM 2022, MAS HÁ MUITO O QUE AVANÇAR

Veja Saúde – 17/01/2023

Ocorreram várias atualizações na cobertura de procedimentos, mas, para vários problemas, consumidores ainda precisarão recorrer a ações judiciais.

O ano de 2022 foi marcado por muitas críticas da sociedade sobre a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do Poder Judiciário, sobretudo em relação à decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ), em junho, sobre o rol taxativo. O balanço do período é positivo, mas ainda é preciso avançar muito para que a saúde privada no país esteja em linha com os anseios dos consumidores.

A Lei nº. 14.454/2022 trouxe esperança para os pacientes ao permitir o custeio de tratamentos fora da lista da ANS, desde que cumpram algumas condições:

- Ter eficácia, baseada em evidências científicas e plano terapêutico;
- Ter recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec);
- Ter recomendação de, no mínimo, um órgão de avaliação de tecnologias em saúde com renome internacional.

Após uma mobilização social para maior fiscalização e celeridade da ANS, acompanhamos uma série de atualizações do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Pode-se destacar a obrigatoriedade de cobertura do transplante hepático, o custeio de qualquer método ou técnica indicado pela equipe médica para tratamento dos transtornos globais de desenvolvimento, como autismo infantil, autismo atípico, síndrome de Rett, outro transtorno desintegrativo da infância, transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados, síndrome de Asperger, outros transtornos globais do desenvolvimento e transtornos globais não especificados do desenvolvimento.

Além disso, a Resolução Normativa nº. 541/2022 trouxe um grande alívio para as famílias ao determinar o fim da limitação de consultas com psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e fonoaudiólogos para qualquer diagnóstico

ou condição de saúde listada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Apesar de não ganhar tanta visibilidade, outro marco importante foi o posicionamento firmado pela Terceira Turma do STJ em relação aos beneficiários idosos. A decisão permitiu que, caso tenham perdido a condição de dependente do titular em planos coletivos, eles possam assumir a titularidade do plano de saúde, desde que tenham mais de dez anos de contribuição e arquem com as mensalidades integralmente.

Nesses casos, as operadoras argumentavam que o acordo firmado com o titular era de caráter personalíssimo e que, não havendo vínculo com a entidade de classe, a transferência da titularidade para terceiros não seria permitida.

A atitude das operadoras era questionável, uma vez que a Súmula Normativa nº 13 da ANS assegurava o direito de permanência para os dependentes, nas mesmas condições contratuais, desde que assumissem as obrigações decorrentes.

Porém, a regra abarcava apenas os beneficiários de planos individuais e familiares. Os demais se deparavam com a rescisão contratual no momento do falecimento do titular.

Como a questão não se encontrava regulamentada, restava aos consumidores buscar o acolhimento do Poder Judiciário para assegurar esse direito.

Em cada um desses cenários é possível notar que pressão popular, rigor nas fiscalizações e atuação de associações e órgãos de defesa do consumidor reforçam a necessidade de mudanças na ampla e adequada prestação dos serviços dos planos de saúde.

Apesar dos avanços, muita coisa ainda está por vir e é preciso estar atento à agenda da ANS para este ano. Muitos imbróglis ainda permanecem sem regulação da autarquia, obrigando o consumidor a preservar o direito à saúde por intermédio de ações judiciais.

Questões como uso de medicamentos orais para doenças graves, utilização de fármacos off label (quando a indicação

na bula não é a mesma para a doença do paciente), autorização para cobertura de home care, desmonte da rede credenciada, entre outros, ainda carecem de maior discussão e regulamentação para evitar prejuízos aos consumidores.

A perspectiva dos 50,3 milhões de usuários para 2023 é que, por meio de uma maior fiscalização da Agência, as 717 operadoras de assistência médica em atividade cumpram com todas as suas obrigações contratuais.

PLANOS DE SAÚDE LANÇAM CARTILHA CONTRA FRAUDE EM BOLETO

Folha de S. Paulo – 15/01/2023

Associação do setor cita casos de vírus que desvia pagamento e ligação de fraudadores

A Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) vai lançar nesta semana uma cartilha com cuidados que podem ser tomados pelo consumidor para se proteger de [fraudes no pagamento do plano de saúde](#).

Segundo a entidade, o boleto bancário chama a atenção de fraudadores, porque as mensalidades dos planos de saúde, normalmente cobradas via boleto, têm sido grande alvo dos cibercriminosos.

Além do boleto falso, a cartilha alerta contra golpes como a instalação de vírus que alteram boletos emitidos pela internet e desviam o dinheiro depositado para a conta dos fraudadores. Os vírus entram por meio de links maliciosos enviados por email, SMS ou WhatsApp.

Há outros golpes como páginas falsas na internet e fraudadores que telefonam para parentes de pessoas internadas, se identificando como funcionários de hospitais ou de planos de saúde.

ANS VAI CERTIFICAR PLANOS DE SAÚDE QUE COMBATEM CESÁREAS DESNECESSÁRIAS

CNN Brasil – 14/01/2023

Previsão é de que a norma seja avaliada e aprovada pela diretoria colegiada da agência já na primeira reunião do ano, que será realizada na segunda-feira (16).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vai lançar neste ano uma certificação para reconhecer planos de saúde que promovam o parto adequado e combatam o alto índice de cesarianas desnecessárias na rede privada de saúde.

A previsão é de que a norma seja avaliada e aprovada pela diretoria colegiada da agência já na primeira reunião do ano, que será realizada na segunda-feira (16).

O Manual de Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado, que define os critérios para o reconhecimento, já passou por consulta pública.

A certificação é um dos resultados do Movimento Parto Adequado, iniciativa da ANS em parceria com o Institute for Healthcare Improvement (IHI) dos Estados Unidos e o Hospital Israelita Albert Einstein.

O projeto foi iniciado em 2015 com o objetivo de engajar operadoras de saúde e hospitais na adoção de modelos de assistência que valorizem o parto normal e reduzam o número de cesarianas sem indicação clínica.

O Brasil tem uma das maiores taxas de cesárea do mundo. Em 2021, o índice geral foi de 57%. Se analisados somente os partos feitos na rede privada, o percentual de cesáreas ultrapassa os 80%.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a taxa adequada de nascimentos via cesariana seja de 10% a 15%.

Nos oito anos do Movimento Parto Adequado, 125 hospitais e 68 operadoras participaram de ao menos uma das fases do projeto. De acordo com Angélica Carvalho, diretora-adjunta de desenvolvimento setorial da ANS, a ideia é que a experiência acumulada no projeto sirva de base para que outras operadoras, participantes ou não do movimento, possam, ao buscarem a certificação, adotar melhores práticas no cuidado à gestante.

“No projeto, fizemos tutorias com os estabelecimentos e operadoras participantes e construímos protocolos.

O objetivo da certificação é que todas as operadoras possam consultar esses protocolos e realizar suas atividades independentemente de uma tutoria”, afirma.

Ela explica que a busca pela acreditação será voluntária, mas diz esperar que as empresas busquem o selo por ser um importante indicador de qualidade para os clientes. “As empresas que se voluntariarem para a certificação serão verificadas por entidades acreditadoras autorizadas pela ANS. Quem aderir ganhará pontuação no IDSS (Índice de Desempenho da Saúde Suplementar)”, afirma Angélica.

De acordo com o manual de certificação, as operadoras serão avaliadas em sete requisitos: planejamento e estruturação técnica, uso e disseminação de práticas baseadas em evidências, interações centradas na mulher e na criança, acompanhamento do ciclo gestacional e puerperal,

integração entre operadora e hospital, monitoramento e avaliação da qualidade e modelos inovadores de remuneração baseados em valor.

Em cada um dos sete requisitos, a operadora terá um conjunto de itens essenciais (obrigatórios) para a certificação e outros complementares e de excelência. De acordo com o índice de cumprimento desses itens, a operadora poderá ser certificada em três níveis: básico (nível 3), intermediário (nível 2) e pleno (nível 1).

Os itens essenciais deverão ser respeitados em todos os níveis de certificação. Para a certificação básica, a empresa deverá também atender a 20% dos itens de excelência, entre outros critérios. No nível intermediário de acreditação, será necessário alcançar 50% dos indicadores de excelência e, para a certificação no nível pleno, esse percentual deverá ser de 80%.

Entre as dezenas de itens que serão checados estão a conduta da operadora nos casos de gestantes que tentam agendar cesariana sem indicação clínica antes das 39 semanas de gravidez, a disponibilização de informações às pacientes sobre o parto normal com base em evidências científicas, a formalização, junto aos hospitais, de protocolos

de manejo da dor, e a garantia de ter, em sua rede credenciada, hospitais com equipe mínima de plantão multiprofissional para atenção obstétrica e neonatal.

A certificação terá duração de dois anos e, para sua renovação, as operadoras terão que monitorar três macroindicadores, com metas para cada um deles: ampliar em 6% a proporção de partos vaginais e reduzir, também em 6%, as taxas de mulheres em condições potencialmente ameaçadoras à vida e de admissão de bebês em UTI neonatal.

Se a operadora não atingir essas metas, ela não perderá automaticamente a certificação, mas os indicadores serão usados pela ANS para acompanhamento do desempenho da empresa.

De acordo com Angélica, a agência planeja ampliar, em 2024, o programa de certificação também para hospitais e outros prestadores de serviço da saúde suplementar, como médicos e clínicas. Com isso, será possível saber se uma maternidade ou obstetra segue os requisitos de valorização do parto normal.

INSCRIÇÕES DO PROJETO MODELOS DE REMUNERAÇÃO BASEADOS EM VALOR VÃO ATÉ 31/01

GOV (ANS) – 13/01/2023

ANS convoca operadoras para fazer submissões de projetos no portal

O prazo para realizar as inscrições no processo seletivo do Projeto Modelos de Remuneração Baseados em Valor da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está na reta final: as operadoras podem submeter seus projetos até o dia 31 de janeiro de 2023 por meio do Portal de Operadoras.

[Clique aqui para inscrever.](#)

Lançado em 16 de novembro de 2022, o 2º edital do Projeto tem o objetivo de incentivar a adoção de modelos inovadores, que priorizem a melhoria da atenção à saúde e a do setor. Serão disponibilizadas 16 vagas, sendo 12 para o segmento médico-hospitalar e quatro para o exclusivamente odontológico. Cada operadora poderá inscrever até três projetos com enfoques diferenciados.

Para submeter propostas, as operadoras precisam cumprir alguns pré-requisitos, tais como:

- Ter registro ativo na ANS;
- Possuir beneficiários ativos nos 12 meses anteriores à data de inscrição do projeto junto à ANS;
- Não estar em plano de recuperação assistencial nem de adequação econômico-financeira;
- Enviar o projeto de acordo com a regras que podem ser conferidas na íntegra, no edital.

O projeto deve já estar em execução ou com data de início prevista para, no máximo, 90 dias a partir da confirmação da seleção do projeto submetido pela operadora

[Acesse aqui o edital.](#)

[Leia mais sobre o Projeto de Modelos de Remuneração.](#)

NOVAS REGRAS DE CAPITAL REGULATÓRIO EXIGEM ADAPTAÇÃO DAS OPERADORAS

Saúde Business – 13/01/2023

Assunto de extrema importância para o mercado de saúde suplementar, que reúne mais de 50 milhões de brasileiros com planos de assistência médica.

As novas regras de capital regulatório, que devem ser implementadas pelas operadoras de saúde, em vigor desde 1º de janeiro de 2023, são ponto de grande atenção e merecem uma análise mais cuidadosa.

O capital regulatório é definido como o limite mínimo do patrimônio líquido ajustado que a operadora deve reservar para reduzir a possibilidade de insolvência e fazer frente às suas obrigações. As regras relativas ao referido instituto garantem que as operadoras detenham patrimônio condizente para absorver as oscilações dos riscos da comercialização de planos de saúde.

Na norma vigente desde 2009, a ANS estabelecia um critério simples de cálculo para o Capital Regulatório que levava em consideração o capital base e a margem de solvência. Já na RN 451/2020, atualizada pelas RN's 468/2021 e 526/2022, foram criadas regras de transição.

As operadoras deveriam ter adotado até o final de 2022 para um modelo que será completamente implantado neste ano, cujo cálculo não levará mais em conta a margem de solvência, mas sim o capital base e o capital baseado em risco composto por cinco fatores: risco de subscrição, de crédito, operacional, legal e de mercado, todos esses já disciplinados anteriormente pela ANS.

De fato, a implantação gradual das mudanças normativas busca incentivar a boa gestão de riscos pelas operadoras, contribuindo para a sustentabilidade do mercado e ampliando a segurança para os usuários de plano de saúde. A expectativa é a substituição de um modelo pouco flexível, baseado em cálculos com percentuais fixos, por um modelo mais transparente e moderno, que permite maior adaptação à realidade de cada operadora.

Vale lembrar que a motivação da ANS de antecipar as exigências de garantias, que estavam previstas para ocorrer neste ano, foi o alto número de operadoras em situação irregular. Correm o risco de entrar em direção fiscal, medida na qual é preciso ter uma inspeção mais rígida das finanças.

Neste cenário, visando maior adaptabilidade das regras que estão sendo implementadas e aproximação com o mercado, a ANS abriu a Consulta Pública nº 102, em setembro de 2022, por meio da qual foram feitas sugestões sobre as inúmeras exigências normativas. Segundo a Agência, foram recebidas 92 contribuições, das quais 14 ocasionaram em alterações normativas.

Além disso, na 582ª Reunião da Diretoria Colegiada da ANS ocorrida em 12 de dezembro de 2022 restou esclarecido que, após sugestões apresentadas na Consulta Pública nº 102, 89% das operadoras encontraram-se regulares, restando somente o universo de 11% que ainda não estão completamente adequadas ao novo modelo.

Como apontado na Reunião da DICOL, a reguladora afirma que todas as modalidades de operadora serão favorecidas com a diminuição da exigência do capital regulatório. No entanto, os impactos mais benéficos serão sentidos pelas cooperativas médicas e odontológicas, com redução da exigência de capital regulatório em dois terços e metade, respectivamente, além da medicina de grupo com redução significativa de mais de um terço.

Em contrapartida, certamente as Administradoras de Benefícios sofrerão mais repercussões, tendo em vista que anteriormente não se deparavam com tal obrigação em relação a solvência.

Levando-se em conta as dificuldades operacionais que as operadoras de planos de saúde enfrentam, as mudanças tendem a ser positivas. Reduzir o valor destinado à garantia de solvência faz com que esses recursos possam ser empregados nas melhorias dos seus próprios serviços prestados.

No entanto, é preciso lembrar que os recursos atuais destinados à garantia de solvência não podem ser levantados, tendo em vista que estão alocados em patrimônios e não em espécie, de forma que não haverá implicação no fluxo de caixa livre das Operadoras.

Destaca-se ainda que na 22ª Reunião Extraordinária da DICOL, no último dia 19 de dezembro de 2022, além de integralmente aprovada a proposta normativa a respeito de capital regulatório, o Diretor Mauricio Nunes da Silva fez ressalva sugerindo que a Agência avance na proposta de adoção de incentivos regulatórios financeiros para os programas de indução da qualidade e atenção à saúde.

Segundo sua sugestão, caberia a extensão dos fatores reduzidos para o cálculo do capital regulatório nos programas como Promoprev, Certificação de Atenção Primária em Saúde e Certificação para o Parto Adequado, com percentuais reduzidos para o risco de subscrição de forma escalonada.

Por tudo o que se vê e o que realmente pretende, a Agência Reguladora com a implementação de tais medidas é que as alterações, de fato, visam impulsionar o setor a uma melhora na gestão de riscos, de acordo com a realidade e porte de cada Operadora.

Mais do que nunca se faz necessário garantir a segurança e hígidez do mercado. Porém, as exigências precisam ser na dose certa a fim de que não se tornem impeditivos para o

desenvolvimento do setor, que vem enfrentando desafios importante nos últimos anos.

ITAÚ BBA REBAIXA REDE D'OR (RDOR3) E SUGERE CAUTELA COM AÇÕES DO SETOR DE SAÚDE

Suno Notícias – 11/01/2023

Com abordagem mais “cautelosa” no setor de saúde, além de Rede D’Or, os analistas do BBA rebaixaram a recomendação da Dasa (DASA3) para “neutro” e diminuíram o preço-alvo de R\$ 52 para R\$ 15.

O preço-alvo de Kora Saúde (KRSA3) caiu R\$ 5 para R\$ 2 e a recomendação caiu de “compra” para “neutro”. Para as ações da Qualicorp (QUAL3) o preço-alvo foi de R\$ 12 para R\$ 7, com manutenção de recomendação “neutra”.

No lado positivo da análise das empresas do setor de saúde, o Itaú BBA elevou a recomendação para Fleury (FLRY3) e Odontoprev (ODPV3) de “neutro” para “compra”. O preço-alvo das ações da Fleury foi mantido em R\$ 19, enquanto o da Odontoprev subiu de R\$ 10,50 para R\$ 11.

Para Hapvida (HAPV3) e OncoClínicas (ONCO3) a manutenção de “compra” foi mantida e o preço-alvo das duas empresas caiu, respectivamente, de R\$ 8,50 para R\$ 7 e de R\$ 13 para R\$ 12.

O preço-alvo das ações do Mater Dei (MATD3) foi de R\$ 14 para R\$ 11, com recomendação de “compra” mantida.

Os analistas do Itaú BBA lembra que as operadoras de saúde buscam retornar à lucratividade, pressionando a cadeia de serviços.

O posicionamento dos estrategistas considera a probabilidade de que os custos de capital de empresas de saúde como a Rede D’or permaneçam altos por mais tempo

do que o esperado. Supõem ainda que os acionistas devam ficar precavidos com ativos de múltiplos elevados.

Rede D’Or: SulAmérica tem novos CEOs após fusão

Na quarta-feira (4), a SulAmérica, cuja fusão com a Rede D’Or (RDOR3) foi recentemente aprovada pelo Cade (Conselho Administrativo de Defesa Econômica) e ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), anunciou que terá dois novos presidentes.

Os novos CEOs da Sulamérica serão Raquel Giglio, no segmento de seguros e odontologia, e Marcelo Mello, em área de vida, previdência e investimentos. O antigo CEO, Ricardo Bottas, continuará com membro de um conselho consultivo formado pela SulAmérica.

Giglio ocupava o cargo de vice-presidente na Rede D’Or e trabalhou no mesmo cargo na SulAmérica entre 2011 e 2022, com vasta experiência no setor. Mello é funcionário da SulAmérica desde 1997, em 2005 assumiu a presidência da SulAmérica Investimentos e as operações de vida e previdência em 2015.

Ambos os CEOs terão de responder diretamente à Rede D’Or, cujo presidente do conselho de administração é Jorge Moll Filho, e o presidente, Paulo Moll.

O executivo Heráclito Brito, que chegou a comandar a Rede D’Or e a Qualicorp, também integrará o board na controladora da SulAmérica

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

© 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.
