

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

11 de setembro de 2024



ÍNDICE INTERATIVO

[Deputados aprovam em 2ª discussão projeto de lei contra negativas de planos de saúde](#) – Fonte: Diário Online

[Desafios fiscais no fornecimento de produtos hospitalares: cooperação para a conformidade tributária](#) –
Fonte: Saúde Business

[Perspectivas para a saúde brasileira em 2030](#) – Fonte: Saúde Business

[Planos de saúde vão de perdas de R\\$ 4 bi a lucro de R\\$ 2 bi. Veja como](#) – Fonte: Metrôpoles

[Reclamações contra planos de saúde caem 10% em agosto](#) – Fonte: Mercado e consumo

[ANS fará audiência para tentar baratear planos de saúde; medida é mista para setor](#) – Fonte: Info Money

[CFM lança plataforma para combater fraudes em atestados médicos](#) – Fonte: Saúde Business

[Dasa \(DASA3\) confirma negociações para venda de divisão de corretagem e consultoria de seguros](#) –
Fonte: SpaceMoney

[ANS apresenta dados econômico-financeiros do setor em webinar](#) – Fonte: (GOV) ANS

[ANS divulga dados de beneficiários referentes a julho de 2024](#) – Fonte: (GOV) ANS

[Haddad recebe representantes de planos de saúde nesta quinta-feira](#) – Fonte: O Globo

[Instituto para transformar a saúde suplementar, IQCS é lançado oficialmente após debate setorial no Rio de Janeiro](#) – Fonte: Seguro Total

DEPUTADOS APROVAM EM 2ª DISCUSSÃO PROJETO DE LEI CONTRA NEGATIVAS DE PLANOS DE SAÚDE

Diário Online – 11/09/2024

Projeto de lei de deputado estabelece que operadoras de planos de saúde deverão justificar negativas de cobertura.

Aprovado em segunda votação o projeto de lei, de autoria do deputado estadual Paulo Duarte (PSB), que dá nova redação e acrescenta dispositivos à Lei 3.885, de 20 de abril de 2010. A proposta dispõe sobre a obrigatoriedade do fornecimento ao consumidor de informações e documentos, pelas operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, no caso de negativa de cobertura. O PL foi votado na sessão ordinária desta quarta-feira (11).

De acordo com o projeto de lei, entende-se por negativa de cobertura a recusa em custear a assistência em saúde, de qualquer natureza, ainda que fundamentada em lei ou cláusula contratual. A matéria estabelece que as operadoras de planos de saúde ou seguros privados de assistência em saúde devem apresentar ao consumidor informações e documentos acerca da negativa de cobertura parcial ou total de exames, procedimentos médicos, cirúrgicos ou de diagnóstico, bem como de tratamento e internação.

As justificativas sobre os motivos da negativa deverão ser prestadas no prazo de 24 horas após a comunicação da recusa e disponibilizadas por meio de aplicativo próprio da operadora do plano ou seguro de assistência à saúde, via sistema médico ou por meio de SMS. As informações também poderão ser encaminhadas via correio eletrônico ou qualquer outro meio, conforme opção do segurado, desde que assegurado o seu recebimento.

Na hipótese de negativa de cobertura, seja total ou parcial, a operadora de plano ou seguro de saúde deverá entregar ao

consumidor, independente de solicitação, o comprovante constando o motivo da recusa de forma clara, sem expressões vagas, abreviações ou códigos. No documento deverão constar, ainda, o nome do cliente, número do contrato do plano de saúde, a razão ou denominação social da operadora ou seguradora, o número do cadastro nacional de pessoa jurídica (CNPJ), endereço e uma via da guia de requerimento para autorização da cobertura.

Além disso, mediante solicitação, o hospital privado deverá entregar ao consumidor, no local do atendimento médico, declaração escrita contendo a negativa da cobertura, data e hora da recusa. O usuário do serviço de saúde também deverá receber laudo ou relatório do médico responsável, atestando a necessidade da intervenção e, se for o caso, sua urgência.

“Os contratos de planos de saúde possuem a característica de serem totalmente adesivos, ou seja, as operadoras ou seguradoras de plano de saúde designam unilateralmente todas as cláusulas do contrato, sem qualquer participação do usuário, obrigando o consumidor a acatar as coberturas dispostas no contrato”, explicou o deputado Paulo Duarte. “Entendendo os contratos de planos de saúde como instrumentos respaldados pelo Direito do Consumidor, as condutas de lealdade, informação, lisura, cooperação e boa-fé, também devem ser mais do que visíveis, garantindo o equilíbrio contratual entre as partes”, finalizou o parlamentar.

O projeto será encaminhado para sanção do governador Eduardo Riedel.

DESAFIOS FISCAIS NO FORNECIMENTO DE PRODUTOS HOSPITALARES: COOPERAÇÃO PARA A CONFORMIDADE TRIBUTÁRIA

Saúde Business – 11/09/2024

Ajuste Sinief nº 02/2024 impõe novos prazos e reforça a necessidade de colaboração entre fornecedores, hospitais e operadoras para evitar prejuízos fiscais.

O fornecimento de produtos hospitalares, devido à peculiaridade das relações comerciais envolvidas, está sujeito a inúmeros desafios, especialmente os de natureza tributária e, conseqüentemente, os de cobrança. Seria inimaginável alguém entrar em um restaurante, realizar o pedido, elogiar todos os funcionários que o serviram e, ao concluir a refeição, não aceitar a Nota Fiscal contra si, assim como não admitir qualquer ato tendente a cobrá-lo?

Apesar de causar estranheza, essa é uma situação comum no segmento de fornecimento de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais). Por um lado, os hospitais e operadoras de planos de saúde precisam confirmar o consumo e a cobertura dos materiais utilizados. Por outro, os fornecedores, que efetivamente disponibilizaram os materiais, são obrigados a faturá-los (emitir nota fiscal de faturamento) espelhando a movimentação ocorrida.

Esse desencontro temporal entre fornecimento e faturamento gera riscos financeiros e, sobretudo, tributários aos fornecedores de dispositivos médicos, os quais estão sujeitos

ao Regime Especial de remessa de OPME aos hospitais e às clínicas, também conhecido como Ajuste Sinief nº 02/2024, que entrou em vigor em agosto deste ano. A legislação é clara ao estabelecer o prazo limite de 180 dias para a conclusão da operação fiscal, gerando risco de autuação do fornecedor caso o prazo não seja observado.

O cumprimento desse prazo demandará a colaboração efetiva de hospitais, clínicas e da fonte pagadora, cuja inação poderá causar sérios prejuízos ao fornecedor de OPME. Não se trata de um problema de ordem comercial, econômico-financeira ou apenas de ausência de fair play. Estamos falando de uma norma que deve ser cumprida e cuja observância depende da organização do sistema de aprovação de ordem de compras e liberação de autorização de faturamento, dos quais todos os elos participam e têm sua parcela de responsabilidade.

Infelizmente, conforme apresentado pela ABRAIDI, muitas vezes o faturamento (emissão da NF) fica retido por períodos que superam os seis meses estabelecidos na norma fiscal. Além do prazo extremamente dilatado, os fornecedores sofrem com um montante expressivo de faturamento retido, em torno de R\$ 2,3 bilhões, conforme o último levantamento divulgado no Anuário da Associação.

A ABRAIDI, que representa mais de 300 empresas fornecedoras de produtos para saúde, tem alertado todo o setor sobre essa importante mudança. Acreditamos que a atuação colaborativa eliminará as distorções e promoverá

uma interação ética e saudável entre os elos da cadeia de valor em saúde. A meta foi estabelecida e o cronômetro foi disparado; é importante avançarmos juntos nessa missão.

PERSPECTIVAS PARA A SAÚDE BRASILEIRA EM 2030

Saúde Business – 10/09/2024

O envelhecimento da população e as mudanças climáticas estão redefinindo a saúde. Como a tecnologia pode acelerar diagnósticos e melhorar a prevenção nesse cenário?

No início deste mês, participei do Saúde Business Fórum, um dos mais prestigiados eventos do setor no país. Fui convidado a participar de um debate sobre as tendências do mercado de healthcare no início da próxima década, um tema instigante e necessário.

Enquanto reunia minhas reflexões, me aprofundi nas projeções de população 2024 divulgadas pelo IBGE, baseadas no censo 2022. Elas apontam que em menos de duas décadas, o país terá um contingente populacional menor e mais idoso. Em alguns estados, como Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Alagoas, essa inversão na pirâmide demográfica está prevista para antes do final desta década.

Esses dados reforçam a necessidade de todo o sistema de saúde, tanto público quanto privado, se preparar para o cenário projetado para os próximos anos, além da próxima década. Segundo as projeções do IBGE, até 2070, quase 40% da população do Brasil será composta por pessoas com 60 anos ou mais, um crescimento exponencial em relação aos números atuais. A expectativa é que o contingente de idosos mais que dobre, passando dos 33 milhões para 75,3 milhões. Em consequência desta transição demográfica, espera-se um aumento da prevalência de doenças crônicas e o consequente aumento dos custos financeiros.

Temos uma janela de oportunidade para desenvolver e aprimorar soluções utilizando os recursos tecnológicos em ascensão. Entre essas oportunidades, acredito que é preciso impulsionar ações que permitam a digitalização completa e a comunicação entre os diferentes sistemas, garantindo que a gestão dos dados seja feita de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados. Com o uso de ferramentas como inteligência artificial e análise de grandes volumes de dados, podemos fornecer informações de alta qualidade para auxiliar na tomada de decisões em diversas áreas, atendendo tanto

às necessidades individuais quanto às de grandes grupos populacionais.

Temos usado, por exemplo, data mining em laudos buscando através de algoritmos achados que possam estar relacionados a dezenas de doenças, alertando o médico prescritor a respeito e encurtando o início do tratamento quando necessário. Na saúde pública e privada, o fortalecimento da atenção primária utilizando estratégias de telemedicina, por exemplo, já tem se mostrado um caminho vantajoso para enfrentar essas adversidades, com os devidos ajustes e arranjos locais.

Em paralelo à profunda transformação demográfica em vista, é preciso considerar também que as mudanças climáticas e o aumento de catástrofes naturais têm impacto importante na saúde. O cenário climático europeu atual, por exemplo, já favorece a proliferação de mosquitos transmissores de doenças como dengue, chikungunya e zika, típicas de regiões tropicais. A evidência disso é o aumento significativo de casos dessas enfermidades em países como Espanha, França e Itália em 2022, quando se comparado aos dois anos anteriores. Neste sentido, a tecnologia é novamente uma aliada ao possibilitar iniciativas que possam antecipar grandes tendências de perfis infecciosos ocasionados por esses eventos climáticos, utilizando ferramentas de IA para verificação de volumes massivos de exames, além do monitoramento genético dos patógenos.

A evolução do modelo de saúde brasileiro para que seja cada vez mais acessível, integrado e eficiente é um desafio imenso, especialmente pela enorme população que somos. De toda forma, temos condições de organizar os entes público e privado para criar soluções eficazes com foco na qualidade de vida da população, independentemente da idade.

PLANOS DE SAÚDE VÃO DE PERDAS DE R\$ 4 BI A LUCRO DE R\$ 2 BI. VEJA COMO

Metrópoles – 10/09/2024

Para especialistas, reajustes de preços foram fundamentais para a virada operacional das empresas do setor entre 2023 e 2024.

As empresas de planos de saúde deram uma guinada formidável entre o primeiro semestre do ano passado e o mesmo período deste ano. Elas saíram de um prejuízo operacional de R\$ 4,3 bilhões em 2023 e alcançaram um lucro de R\$ 2,4 bilhões em 2024 – o primeiro resultado positivo desde 2021. E como ocorreu tamanha reviravolta? Na avaliação de especialistas, vários fatores contribuíram

para a mudança, mas um deles foi primordial: o reajuste de preços.

No caso dos planos individuais, os aumentos são definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Neste ano, a elevação foi fixada em 6,91%. Para os planos coletivos, contudo, vale a livre negociação entre as operadoras e as empresas que as contratam. Nessas apólices, afirmam os técnicos, houve reajustes de até 50%.

E no universo da saúde suplementar planos coletivos têm um peso muito maior do que os individuais. Estes reúnem 8,8

milhões de pessoas, o equivalente a 17% do total de 51,2 milhões de usuários do sistema.

Para a maioria das operadoras, os contratos individuais tornaram-se uma dor de cabeça. Elas consideram que essas apólices são deficitárias e a recomposição dos preços por parte da ANS não banca os custos do segmento. Por isso, eles são cada vez mais raros no mercado.

Em contrapartida, os planos coletivos agrupam 42,3 milhões de brasileiros e representam quase 83% dos usuários do setor. Nesse segmento, há dois tipos de apólices. Um deles é voltado para pequenas e médias empresas (PMEs), com até 29 pessoas. Nesse caso, cada operadora define um reajuste para todos os contratos desse tipo que mantém no portfólio. Para os planos com mais de 29 pessoas, contudo, não há esse limite. O reajuste é negociado caso a caso, cliente a cliente.

Aumentos de até 50%

Gustavo Vilela, sócio-líder do setor de saúde da consultoria KPMG, observa que, no caso dos contratos com PMEs, com o limite de até 29 clientes, quase todos os reajustes praticados em 2023 foram maiores do que 20%. “Neste ano, os que não foram acima desse patamar, ficaram no limiar desse valor”, diz o especialista.

Ele acrescenta que, no caso dos planos coletivos empresariais, em que a negociação é livre entre as operadoras e as empresas clientes, alguns aumentos chegaram a 50% neste ano. “É por isso que, sim, o que definiu o bom resultado operacional dos planos neste primeiro semestre foi sem dúvida o preço”, afirma o especialista.

O médico Carlos Lobbé, professor de MBAs de gestão de saúde da Fundação Getúlio Vargas (FGV), no Rio, concorda com a análise. Ele observa que, graças notadamente aos aumentos de preços, a receita das companhias do setor saltou de R\$ 131,6 bilhões no segundo trimestre de 2023 para R\$ 149,2 bilhões no mesmo período deste ano, num avanço de 13%.

Aumento de clientes

O peso dos reajustes também é destacado por Harold Takahashi, sócio da Fortezza Partners, assessoria de investimentos especializada em fusões e aquisições. Ele nota que, além e apesar dos aumentos, o total de clientes das empresas também cresceu neste ano, na comparação com 2023, com um incremento de cerca de 800 mil pessoas.

Takahashi destaca que o crescimento de usuários pode parecer um contrassenso diante dos reajustes dos planos. Mesmo porque, quando os preços dos produtos aumentam, a clientela foge. Mas há explicações para essa aparente discrepância.

Uma delas é o fato de que o avanço das operadoras ocorre, principalmente, nos planos empresariais. Como o mercado de trabalho tem dado recorrentes demonstrações de força no Brasil, a entrada no mercado de um maior número de trabalhadores formais engorda a clientela dos planos de saúde.

Além disso, para Vilela, da KPMG, há um fator comportamental que explica esse fato. Ele afirma que, desde a pandemia, a importância dos planos de saúde aumentou entre os consumidores. Isso faz com que muitos usuários do sistema (o que vale para empresas que querem oferecer o benefício a seus funcionários) suportem reajustes, ou

mesmo, aceitem uma mudança de contrato, aderindo a uma versão mais simples e barata do produto.

“Hoje, as pessoas abrem mão de outros bens de consumo para manter um plano de saúde e aceitam trocar uma cobertura melhor por outra pior”, diz Vilela. “As áreas de pós-venda das operadoras também estão mais preparadas para oferecer essa mudança para uma opção mais barata de plano, o downgrade, como forma de reter a clientela.”

Ganhos de eficiência

Houve ainda ganhos de eficiência. É isso o que mostra a queda da taxa de “sinistralidade” do setor, embora ela também sofra influência dos reajustes. Esse índice mede a relação entre as despesas que a operadora do plano tem com atendimentos médicos (sinistros) e o valor total arrecadado com as mensalidades dos usuários.

De acordo com a ANS, essa taxa passou de 87,9% no segundo trimestre de 2023, para 83,8% no mesmo período de 2024. Isso quer dizer que, agora, para cada R\$ 100,00 que a operadora recebe, R\$ 83,80 são gastos com atendimento dos clientes. No ano passado, esse custo era de R\$ 87,90. Dito assim, a diferença pode parecer pequena, mas, considerando o tamanho da receita das operadoras, diferença entre os percentuais passa a ser expressiva.

Verticalização

Para o médico Lobbé, da FGV, a “verticalização” crescentemente adotada pelas operadoras também contribuiu com ganhos de eficiência no setor. Na gestão “vertical”, além de administrar planos, as operadoras controlam a rede de atendimento a clientes, mantendo serviços próprios em hospitais, clínicas, laboratórios e centros de diagnóstico. “Esse foi o modelo que as companhias encontraram para controlar os custos de forma mais rigorosa”, diz o especialista.

Lobbé afirma que as grandes empresas do setor, lista que inclui a Hapvida e a Amil, por exemplo, fizeram um “trabalho muito intenso de verticalização” neste ano. “O Bradesco também está montando hospitais e a SulAmérica oferece reajustes menores para clientes que usam serviços da Rede D’Or, que faz parte do mesmo grupo”, acrescenta o médico.

Limpeza nas apólices

Os especialistas afirmam ainda que cortes maciços de apólices deficitárias também ajudaram produzir o lucro no primeiro semestre. Fazem parte desse grupo de contratos que não saem do vermelho, notadamente, os planos por adesão. Eles reúnem segmentos específicos, geralmente vinculados a entidades de classe, associações profissionais, sindicatos ou conselhos de profissões de advogados, médicos ou engenheiros, por exemplo.

Nos planos por adesão, o volume de cancelamentos de apólices chegou a tal ponto que, em maio, os planos de saúde concordaram em firmar um acordo com o presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira (PP-AL), suspendendo esse tipo de interrupção unilateral do serviço.

Queda nas despesas

Os técnicos notam ainda que as despesas com assistência médica do setor subiram menos do que a receita entre 2023 e 2024. De acordo com dados da ANS, os gastos passaram de R\$ 115,6 bilhões no segundo trimestre do ano passado contra R\$ 124,8 bilhões no mesmo período deste ano, num

aumento de 7,9%. A salto da receita no mesmo período, como mencionado acima, foi de 13,3%.

Glosas e inadimplência

Essa diferença, contudo, não pode ser 100% atribuída à maior eficácia das operadoras. Os especialistas consideram que ela também está associada, em alguns casos, ao não pagamento ou ao adiamento da quitação de despesas. Isso inclui glosas (quando, por vários motivos, os planos não cobrem de imediato a despesa de um cliente com o atendimento médico), além de pendências com fornecedores, ou mesmo, com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Dados da ANS mostram que a Hapvida, a maior operadora do país, mantinha uma dívida com o SUS de cerca de R\$ 800 mil, que não havia sido quitada até o fim do segundo trimestre.

Mudanças nos produtos

Além disso, notam os especialistas, os planos de saúde estão mudando o perfil das apólices. Isso vem ocorrendo principalmente depois que a ANS permitiu, a partir de 2021, que pessoas diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Transtornos Globais de Desenvolvimento (TGD) tivessem direito a um número ilimitado de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos.

De acordo com a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), com a mudança, os custos dos planos relacionados ao atendimento de pacientes com TEA e TGD superaram as despesas com tratamentos de câncer e cardiologia. “Hoje, é praticamente impossível achar um produto de prateleira das operadoras que não tenha pelo menos a coparticipação em terapias”, diz Vilela, da KPMG.

Combate às fraudes

Em nota, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), que representa as principais operadoras de planos de saúde do país, creditou ainda parte do bom desempenho operacional do setor no semestre ao combate às fraudes no sistema. Em geral, esses golpes ocorrem em recibos de reembolsos, com empréstimos de carteirinhas e nos fracionamentos de recibos.

Entre 2019 a 2023, a entidade registrou 4.502 notícias-crime e ações cíveis relacionadas a falcatruas desse tipo. “Só nos últimos dois anos esses casos aumentaram 66%”, afirma o comunicado.

A entidade avalia também que, apesar dos números positivos no primeiro semestre, é “prematureo concluir que o setor terá resultados equivalentes aos do período pré-pandemia neste ano”. “Na saúde suplementar, tradicionalmente, o segundo e o terceiro trimestres do ano são os que costumam elevar as despesas assistenciais”, diz a nota.

RECLAMAÇÕES CONTRA PLANOS DE SAÚDE CAEM 10% EM AGOSTO

Mercado e consumo – 10/09/2024

Segundo a ANS, foram registradas 258.479 reclamações em 2024.

As reclamações de usuários de planos de saúde chegaram a 31.316 em agosto deste ano, um recuo de 10,45% ante as 34.970 reclamações registradas em julho deste ano, quando atingiram o maior número do ano e o terceiro maior patamar da série histórica da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Na comparação com agosto do ano passado, houve uma alta de 6,31% nas reclamações. No acumulado do ano, foram registradas 258.479 reclamações em 2024 até agora, uma alta de 13,68% em relação as 227.363 reclamações registradas no mesmo período de 2023. O número total de reclamações nestes oito primeiros meses do ano ainda supera o montante total de todo o ano de 2021, quando houveram 188.334 reclamações.

O cálculo tem como base as Notificações de Intermediação Preliminar (NIP), classificadas como reclamações pela ANS e um instrumento usado para intermediar e solucionar conflitos entre consumidores e prestadores de serviços antes que elas se transformem em disputas judiciais ou procedimentos mais complexos.

No momento em que um consumidor ou beneficiário enfrenta um problema com seu plano de saúde, por exemplo, uma negativa de cobertura para um procedimento médico, ele pode recorrer à ANS ou a outros órgãos competentes. A NIP é então emitida como uma forma de notificar formalmente a operadora do plano sobre a reclamação, dando-lhe um prazo para responder e resolver a questão diretamente com o reclamante.

Por operadora

O Bradesco Saúde lidera as reclamações de beneficiários de planos de saúde contra operadoras de grande porte, com queixas de 3.402 usuários, que envolvem desde a cobertura dos planos, seus contratos e regulamentos, assim como queixas quanto as mensalidades e os reajustes. A companhia é controlada pelo Bradesco Seguros, que entrou no segmento hospitalar em 2021.

Do total de reclamações contra a empresa, 3.205 são referentes a cobertura dos planos, 291 reclamações são sobre contratos regulamentos, enquanto 86 se referem as mensalidades pagas nos planos de saúde.

Em segundo lugar no ranking, aparece Unimed do Estado do Rio de Janeiro, com 3.184 reclamações. NotreDame Intermédica, que se fundiu a Hapvida em 2022 ocupa o terceiro lugar e conta com 2.705 reclamações.

A Amil, que anunciou uma fusão com a Dasa neste ano, ocupa o quarto lugar do ranking, com 2.250 reclamações, seguida por SulAmérica, da Rede D'Or, em quinto lugar, com 2.151 reclamações e Hapvida em sexto lugar, com 1.710 reclamações. Unimed Nacional aparece em sétimo, com 1.307 reclamações; seguida por Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil, com 571 reclamações; Unimed Belo Horizonte, com 503 e Prevent Sênior, com 424 reclamações.

Na comparação anual, Bradesco Segue como o líder em reclamações, com 29.594 reclamações, seguido por NotreDame Intermédica em segundo lugar, com 24.316 reclamações, e Unimed Rio de Janeiro, 10.917 reclamações.

ANS FARÁ AUDIÊNCIA PARA TENTAR BARATEAR PLANOS DE SAÚDE; MEDIDA É MISTA PARA SETOR

InfoMoney – 07/09/2024

Itaú BBA considera que pontos de revisão podem ser mistos para operadoras considerando mudanças em precificação e número de usuários.

Não é de hoje que os planos de saúde estão no centro dos debates, em especial em questões sobre preços e transparência. Por isso, em setembro, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizará audiência pública para tratar dessas questões relacionadas aos planos de saúde corporativos e individuais, tendo entre os objetivos diminuir os preços cobrados pelas operadoras e acomodar algumas angústias da indústria e dos usuários.

O Itaú BBA avalia a perspectiva da audiência pública como mista para o setor. Por um lado, a implementação de revisão técnica pode ser positiva para alguns operadores, uma vez que há planos individuais que enfrentam prejuízos financeiros atualmente. Por outro aspecto, a possibilidade de alteração no número de beneficiários em contratos PME (Pequenas e Médias Empresas) pode causar a seleção adversa e impactar a lucratividade do segmento.

A alteração no limite para contratação de planos PME, que atualmente permite a contratação por empresas até 29 funcionários, é um dos pontos centrais da audiência, assim como a revisão técnica para reajustes de preços de planos individuais e as possíveis mudanças na fórmula que calcula o aumento máximo de preço para planos individuais.

A intenção com a revisão do limite é ampliar a possibilidade de diluição de crescentes custos de assistência à saúde entre um número maior de beneficiários. A revisão técnica, por sua vez, já é uma pauta antiga da ANS e pode garantir que

operadores apliquem reajustes maiores para contratos que enfrentam prejuízos financeiros, nos planos individuais.

Isso seria possível através de mudanças na fórmula que calcula o aumento máximo de preço para planos individuais, outro ponto que será reavaliado na reunião de setembro. A revisão visa incorporar aspectos como o envelhecimento da população brasileira e os crescentes custos de assistência à saúde.

Mais detalhes das discussões

De acordo com o Estadão, a ANS pretende levar para audiência pública este mês alterações nos planos de saúde coletivos e individuais com o objetivo de reduzir os preços cobrados pelas operadoras e acomodar algumas angústias da indústria e dos usuários de saúde suplementar.

O “combo preço” a ser apresentado envolve três pilares do setor: a transparência dos reajustes e o agrupamento de contratos de planos de saúde coletivos, bem como a possibilidade de revisão técnica nos reajustes dos planos individuais.

O primeiro item do “combo” diz respeito à diluição dos riscos nos planos de saúde coletivos, o que, para a ANS, deve acarretar na redução no valor cobrado. A ideia é ampliar o número de pessoas no chamado “Agrupamento de contratos”, que hoje reúne planos com até 29 vidas para que os reajustes estabelecidos valham para mais pessoas.

Ainda em relação aos planos coletivos, outro objetivo das mudanças é dar mais transparência aos contratos, principalmente em relação a reajustes.

CFM LANÇA PLATAFORMA PARA COMBATER FRAUDES EM ATESTADOS MÉDICOS

Saúde Business – 06/09/2024

A nova plataforma online Atesta CFM permitirá a emissão, validação e verificação de atestados, garantindo mais segurança para médicos, trabalhadores e empresas, em conformidade com a LGPD.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) anunciou nesta quinta-feira (5) o lançamento da Atesta CFM, uma plataforma online gratuita que visa combater a emissão de atestados médicos falsos no Brasil. A ferramenta oferece validação e chancela de atestados emitidos no país, criando mecanismos efetivos contra fraudes e irregularidades.

A plataforma beneficia médicos, trabalhadores e empresas. Os profissionais de saúde terão proteção sobre seus atos, os trabalhadores poderão verificar se os atestados foram realmente assinados por médicos registrados, e as empresas terão mais segurança ao identificar fraudes em documentos apresentados.

Segurança e proteção de dados

O Atesta CFM integra diversos bancos de dados de forma segura e em conformidade com a Lei Geral de Proteção de

Dados (LGPD), permitindo a emissão, validação e verificação de atestados médicos. A ferramenta notificará médicos sobre documentos emitidos em seus nomes, permitirá que trabalhadores acessem seus históricos de atestados, e oferecerá às empresas a possibilidade de confirmar a autenticidade dos documentos recebidos.

Resolução regulamenta o uso da plataforma

Regulamentada pela Resolução CFM nº 2.382/24, a plataforma está disponível para médicos, empregadores e trabalhadores. A partir de novembro, os médicos poderão emitir atestados pelo sistema, e, após 180 dias, todos os atestados médicos deverão ser emitidos ou validados pelo Atesta CFM.

A plataforma permite a emissão de diversos tipos de atestados, incluindo os de saúde ocupacional, afastamento e homologação pela medicina do trabalho, atendendo a uma necessidade crescente de combater fraudes, como adulteração de documentos ou uso indevido de informações de médicos sem autorização.

Benefícios para médicos, trabalhadores e empresas

“Com o Atesta CFM, estamos enfrentando o problema das fraudes desde a raiz, garantindo que apenas atestados chancelados pela plataforma sejam considerados válidos”, explica Hideraldo Cabeça, conselheiro do CFM e responsável pelo projeto.

A ferramenta oferece agilidade e praticidade ao ecossistema de trabalho, eliminando a necessidade de entrega física dos documentos. Com a autorização do trabalhador, o médico pode enviar o atestado diretamente pelo sistema, respeitando as normas da LGPD.

Além disso, o Atesta CFM funciona como um prontuário digital de atestados, permitindo que todos os documentos emitidos no nome de uma pessoa sejam acessados por especialidade, diagnóstico, local de atendimento e nome do médico.

Facilidade e mobilidade para os médicos

Médicos podem utilizar a plataforma de qualquer lugar – seja em hospitais, clínicas, atendimentos domiciliares ou por telemedicina. Após a emissão e assinatura digital, o atestado é enviado ao celular do paciente e fica disponível para a empresa, desde que autorizado pelo trabalhador.

O Atesta CFM também elimina a necessidade de carimbos e papéis timbrados, aumentando a segurança e organização dos documentos. Em caso de falta de acesso à internet, os médicos podem imprimir talonários manuais, que serão posteriormente registrados no sistema.

Automação e redução de custos para empresas

Para as empresas, a automação oferecida pelo Atesta CFM traz mais segurança e economia, eliminando custos com armazenamento de documentos e evitando pagamentos indevidos de benefícios a colaboradores. A ferramenta também permite que equipes de Recursos Humanos se concentrem em outras atividades, tornando a gestão de atestados mais eficiente e Segura.

DASA (DASA3) CONFIRMA NEGOCIAÇÕES PARA VENDA DE DIVISÃO DE CORRETAGEM E CONSULTORIA DE SEGUROS

SpaceMoney – 06/09/2024

Empresa afirma que medidas fazem parte da estratégia que tem foco em diagnósticos, hospitais e oncologia, e descontinuidade de operações não rentáveis.

A Dasa (DASA3) confirmou nesta sexta-feira (6), que está em negociações avançadas para a venda de sua unidade Dasa Empresas, que atua na corretagem e consultoria de seguros.

Essa declaração da companhia surge após notícias vinculadas na mídia afirmarem a operação.

A princípio, o valor negociado para a transação varia entre R\$ 195 milhões e R\$ 245 milhões, que incluem opções de pagamento à vista, parcelamento e possíveis earn-outs.

Contudo, a companhia ainda não firmou acordos vinculantes e não confirmou valores definitivos.

Além disso, a Dasa afirmou estar em avaliação sobre a venda de Mantris, sua subsidiária de saúde ocupacional, com o processo encontrando-se em estágio inicial.

“Esses movimentos fazem parte da estratégia da Dasa, iniciada em 2023, de foco em diagnósticos, hospitais e oncologia, e descontinuidade de operações não rentáveis”, comenta a companhia.

Venda do São Domingos

A empresa já havia confirmado à Comissão de Valores Mobiliários (CVM) que recebeu propostas para o Hospital São Domingos, Hospital da Bahia e clínicas AMO após anunciar possível desinvestimento.

No entanto, atualmente há negociações apenas para a venda do imóvel do Hospital São Domingos com uma locação de longo prazo (sale and leaseback), sem acordo final ou valor confirmado.

A Dasa destacou que não pode garantir a conclusão da negociação nem os termos finais.

ANS APRESENTA DADOS ECONÔMICO-FINANCEIROS DO SETOR EM WEBINÁRIO

(GOV) ANS – 05/09/2024

Informações sobre o 1º semestre de 2024 foram detalhadas durante evento realizado em 3/9.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, em 3/9, o webinar PAINEL Econômico-Financeiro – 2º Trimestre de 2024, no qual apresentou ao público os dados mais recentes do setor de planos de saúde.

Ao abrir o evento, o diretor-adjunto de Normas e Habilitação das Operadoras, Cesar Serra, agradeceu a participação de

todos e destacou o momento de otimismo que o setor de saúde suplementar se encontra. “Temos acompanhado os dados econômico-financeiros do setor com proximidade e é sempre uma boa notícia mostrar que o mercado está indo bem. Quando você tem retornos positivos, há folga financeira, o que possibilita melhor qualidade na assistência e pode atrair novos investidores ao setor. A saúde privada ganha com tudo isso”, iniciou Cesar. O diretor-adjunto mencionou que o 1º trimestre de 2024 já sinalizava uma recuperação após períodos complicados dos últimos anos e que o 2º trimestre

enfrenta uma particularidade: “normalmente, os meses do 2º e do 3º trimestres são mais apertados, por conta da variação de temperatura e incidência de doenças respiratórias. Ainda assim o resultado é bom e esperamos que o mercado siga uma trajetória positiva”, reforçou.

O gerente de Habilitação e Estudos de Mercado da ANS, Washington Alves, conduziu a apresentação dos dados disponíveis no painel referentes ao 2º trimestre de 2024, iniciando com um panorama que abrangeu desde 2007 ao ano atual. Segundo o gerente, o setor viveu três momentos bem demarcados nos últimos anos. Entre 2007 e 2016 houve um resultado operacional próximo de zero. A partir de 2016 é possível perceber um crescimento mais expressivo deste resultado, tendo em 2018 e 2019 o melhor período em relação ao lucro operacional antes da pandemia. Já em 2020 houve a quebra dessa sequência com a interrupção de tratamentos, atendimentos, provocados pela Covid-19. Os anos de 2021 a 2023 apresentaram um cenário mais difícil para as operadoras, em que não se custeava só com as receitas diretas a operação de planos. Neste período, o principal colchão financeiro foram os rendimentos de suas aplicações financeiras. Finalmente, em 2024, o setor demonstra sua recuperação.

“Nossa grande notícia é a melhoria do resultado operacional, que ocorre em todas as modalidades, exceto nas autogestões. Isso significa que o que as operadoras recebem custeia o que está sendo utilizado e o resto da operação direta”, pontuou Washington ao destacar a reversão do quadro de resultado operacional acumulado no 2º trimestre de 2024 em relação ao ano anterior. O setor fechou o semestre com R\$ 2,45 bilhões em 2024, enquanto teve um prejuízo de R\$ 4,3 bilhões no mesmo período em 2023. “Isso representa que toda a operação foi paga com o que foi recebido e ainda sobraram R\$ 2,45 bilhões, explica Alves.

Nesta atualização, a ferramenta traz uma novidade: a abertura dos valores - totais e per capita - pagos pelos beneficiários às operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios (contraprestações) de acordo com a cobertura do plano - médico-hospitalar ou exclusivamente odontológica. “Agora, teremos detalhada a receita de planos médico-hospitalares por tipo de cobertura. Isso nos ajudará a ter uma leitura mais fiel do comportamento deste segmento”, destacou o gerente da ANS.

Washington também comentou sobre a característica heterogênea do setor. “A saúde suplementar não é uniforme e vimos algumas oscilações depois da pandemia. Boa parte do aumento do lucro foi influenciada pelas grandes operadoras e temos uma base de beneficiários que teve crescimento constante após a pandemia”, disse o gerente indicando que os números reforçam a importância dos planos de saúde no Brasil. “Não é só um bem de consumo, não é só um desejo do brasileiro, ele é um grande financiador de saúde privada do país”, completou.

Para finalizar, Washington Alves comentou sobre as tendências apontadas pelo resultado deste semestre. “É compreensível que haja uma queda de resultado no 3º trimestre deste ano, influenciada, principalmente, pela sazonalidade apontada no início desta reunião pelo diretor Cesar, mas seguida de uma melhora no 4º trimestre”, concluiu, endossando que a perspectiva geral é de contas positivas ao longo do ano.

Após a apresentação do painel, os participantes puderam esclarecer dúvidas com a equipe da diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS.

Para assistir ao evento na íntegra, [clique aqui](#).

ANS DIVULGA DADOS DE BENEFICIÁRIOS REFERENTES A JULHO DE 2024

(GOV) ANS – 05/09/2024

Planos de assistência médica registraram 51,2 milhões de usuários e planos exclusivamente odontológicos chegaram a 33,6 milhões de beneficiários.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou em seu portal os números de beneficiários de planos de saúde referentes a julho de 2024. Neste período, o setor registrou 51.235.927 de usuários em assistência médica e 33.634.183 em planos exclusivamente odontológicos. Esses e outros dados estão disponíveis na [Sala de Situação](#).

Nos planos médico-hospitalares, houve crescimento de 876.867 beneficiários em relação a julho de 2023. Já no comparativo de julho deste ano com junho de 2024, houve um aumento de 170.410 usuários. No caso dos exclusivamente odontológicos, somaram-se 2.418.323 beneficiários em um ano, tendo um aumento de 174.894 usuários na comparação de junho deste ano com o mês anterior.

Em relação aos estados, no comparativo com julho de 2023, o setor registrou evolução de beneficiários em planos de assistência médica em 24 unidades federativas, sendo São Paulo, Rio de Janeiro e Ceará os estados que tiveram o maior ganho em números absolutos. Entre os odontológicos, 23 unidades federativas registraram crescimento no comparativo anual, sendo São Paulo, Paraná e Rio de Janeiro os estados com maior crescimento em números absolutos.

Vale destacar que os números podem sofrer alterações retroativas em razão das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

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

Número de beneficiários com planos de assistência médica por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	Não Identificado			
jul/24	36.448.165	5.935.938	231	8.787.509	64.084	51.235.927
jun/24	36.255.873	5.952.448	231	8.792.753	64.212	51.065.517
mai/24	36.074.068	6.089.715	231	8.779.838	64.312	51.008.164
abr/24	35.955.202	6.100.369	231	8.757.737	63.359	50.876.898
mar/24	35.933.174	6.115.478	231	8.753.309	38.583	50.840.775
fev/24	35.812.162	6.144.544	231	8.749.909	38.748	50.745.594
jan/24	35.707.713	6.146.279	231	8.778.100	38.928	50.671.251
dez/23	35.805.961	6.191.161	231	8.785.478	39.061	50.821.892
nov/23	35.696.571	6.159.758	231	8.780.087	39.208	50.675.855
out/23	35.656.664	6.171.220	231	8.801.407	39.337	50.668.859
set/23	35.619.109	6.194.143	232	8.813.228	39.464	50.666.176
ago/23	35.458.167	6.094.978	234	8.818.914	39.598	50.411.891
jul/23	35.342.638	6.122.565	236	8.853.898	39.723	50.359.060

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Adesão	Não Identificado			
jul/24	24159.821	3.790.423	1.278	5.679.409	3.252	33.634.183
jun/24	24.028.798	3.795.924	1.279	5.630.031	3.257	33.459.289
mai/24	23.761.750	3.895.783	1.279	5.601.087	3.271	33.263.170
abr/24	23.499.023	3.856.226	1.279	5.581.071	3.272	32.940.871
mar/24	23.358.607	3.704.275	1.279	5.552.296	3.300	32.619.757
fev/24	23.503.898	3.620.293	1.279	5.551.605	3.304	32.680.379
jan/24	23.390.579	3.548.220	1.285	5.557.923	3.306	32.501.313
dez/23	23.474.634	3.418.515	1.285	5.569.410	3.309	32.467.153
nov/23	23.267.087	3.421.940	1.286	5.534.905	3.319	32.228.537
out/23	23.199.059	3.237.708	1.286	5.514.500	3.325	31.955.878
set/23	23.056.259	3.219.484	1.314	5.431.167	3.337	31.711.561
ago/23	22.918.842	3.076.982	1.314	5.425.732	3.350	31.426.220
jul/23	22.804.728	3.017.152	1.353	5.389.145	3.482	31.215.860

Número de beneficiários por UF				
Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	jul/23	jul/24	jul/23	jul/24
Acre	43.005	44.545	17.663	21.710
Alagoas	387.248	384.979	465.670	441.708
Amapá	61.335	62.944	47.719	47.706
Amazonas	581.109	612.909	548.790	575.119
Bahia	1.693.058	1.698.295	1.766.893	1.914.682
Ceará	1.364.192	1.439.971	1.201.806	1.369.569
Distrito Federal	929.621	950.715	655.493	688.478
Espírito Santo	1.261.651	1.313.544	669.252	783.670
Goiás	1.325.754	1.364.818	851.281	951.754
Maranhão	511.771	525.633	296.475	369.403
Mato Grosso	666.548	677.482	259.737	295.932
Mato Grosso do Sul	657.954	675.888	436.208	345.928
Minas Gerais	55.512	55.317	7.106	6.564

Pará	865.702	891.397	521.100	557.843
Paraíba	451.190	465.217	485.495	549.776
Paraná	3.084.833	3.125.930	1.645.659	1.869.843
Pernambuco	1.407.572	1.423.026	1.227.138	1.324.479
Piauí	397.146	409.180	173.697	223.868
Rio de Janeiro	5.503.650	5.595.424	3.539.121	3.761.934
Rio Grande do Norte	606.219	619.477	518.875	571.845
Rio Grande do Sul	2.583.511	2.626.764	971.558	1.069.043
Rondônia	153.117	161.497	116.469	131.416
Roraima	31.460	30.647	11.641	12.119
Santa Catarina	1.649.333	1.684.537	823.196	919.397
São Paulo	18.014.183	18.192.470	10.927.550	11.481.408
Sergipe	328.688	338.490	231.009	257.901
Tocantins	120.852	125.351	121.670	130.347

HADDAD RECEBE REPRESENTANTES DE PLANOS DE SAÚDE NESTA QUINTA-FEIRA

O Globo – 05/09/2024

Uma comitiva da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) será recebida nesta quinta-feira, às 14h, pelo ministro da Fazenda, Fernando Haddad, no gabinete do ministério em São Paulo. Gustavo Ribeiro, presidente da entidade, conta que vai apresentar ao ministro o "o cenário desafiador do futuro da saúde suplementar no Brasil".

O que será pleiteado junto ao ministro a associação não informou, mas é pública a pressão por mudanças na regulamentação do setor, como a liberação de oferta de planos sem internação e terapias, assim como a insatisfação com a limitação dos reajustes dos contratos individuais impostos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar

(ANS), segundo as empresas os percentuais não são suficientes para cobrir os elevados custos de assistência.

O encontro acontece dois dias depois de a ANS ter divulgado os dados econômicos-financeiros do setor que apontaram um lucro líquido de R\$ 5,1 bilhões de janeiro a junho deste ano para as operadoras de planos de saúde. Segundo a ANS, esse é o melhor desempenho para um primeiro semestre desde 2019, excluindo o lucro atípico de 2020, ano da pandemia de Covid-19.

Os números da agência mostram ainda que, pela primeira vez desde 2021, as operadoras médico-hospitalares fecharam o primeiro semestre com resultado operacional positivo, R\$ 2,4

bilhões, o que, diz a reguladora, leva o setor para patamar próximo ao do desempenho dos anos pré-pandemia.

Estarão presente na reunião com o ministro, além de Ribeiro, Marcos Novais e Nathália Pompeu diretores da associação.

Pelo lado do governo, participam ainda Laio Correia Morais, chefe de Gabinete do ministro e Marcello Froidi Negro, assessor especial do Ministério da Fazenda.

INSTITUTO PARA TRANSFORMAR A SAÚDE SUPLEMENTAR, IQCS É LANÇADO OFICIALMENTE APÓS DEBATE SETORIAL NO RIO DE JANEIRO

Seguro Total – 04/09/2024

Evento contou com a presença de Paulo Rebello, presidente da ANS, além de diversos representantes de entidades do setor.

Na última segunda-feira (02) foi lançado oficialmente o Instituto de Qualificação da Contratação na Saúde Suplementar (IQCS). Em parceria com a Faculdade Mackenzie, o Instituto promoveu debate setorial no Rio de Janeiro com o tema “Impactos da atuação do profissional de venda de planos de saúde”. O debate, moderado por Adriano Londres, contou com a presença de Paulo Rebello, presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Sergio Vieira, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge-RJ/ES), representando Gustavo Ribeiro, presidente da Abramge e Ricardo Garrido, presidente do Sindicato dos Corretores de Seguros do Rio de Janeiro (Sincor-RJ). Paulo Marcos, presidente de honra do IQCS, também participou do debate e argumentou a favor de uma maior qualificação do profissional de vendas. “O corretor e demais profissionais que vendem plano de saúde devem servir a sociedade. A capacitação desse profissional e posterior certificação pelo Instituto é o melhor caminho para que ele consiga cumprir seu objetivo e a sociedade identifique e valorize esse profissional”, afirmou o presidente do instituto.

O debate setorial trouxe discussões sobre os problemas que decorrem de uma venda mal feita de plano de saúde, sobre a lacuna regulatória desses profissionais de venda, da importância de se conhecer a regulação do setor e os problemas que são evitados quando a venda e a gestão pós-venda de um plano de saúde são feitas por um profissional qualificado. “Não podemos deixar de enxergar no horizonte que uma venda bem feita, com informação qualificada, diminuirá o número de reclamações. É importante que tenhamos um instituto como esse para qualificar cada vez mais os corretores”, destacou Paulo Rebello, presidente da ANS.

Estima-se que cerca de 100 mil profissionais atuam com venda de planos de saúde no Brasil, mas, até então, não havia método de reconhecimento dos especialistas no setor. A partir dessa ideia surge o instituto, que já conta com 14 cursos online disponíveis para os corretores e demais profissionais de venda. “É uma iniciativa fantástica que faço questão de participar. No final da linha o que estamos buscando é a proteção do consumidor e da sociedade através

de mais capacitação e orientação”, explicou o presidente do Sincor-RJ, Ricardo Garrido.

O evento contou com a presença de importantes nomes do mundo jurídico, como Lucas Miglioli, sócio fundador do M3BS Advogados. O jurista ressaltou a importância do instituto no setor da saúde suplementar. “É uma iniciativa fundamental porque uma venda de qualidade resulta em um relacionamento muito positivo a médio e longo prazo. Muitas discussões no âmbito jurídico ocorrem justamente por causa de um desalinhamento de expectativa no ato da contratação”, explicou.

Outros nomes do setor da saúde suplementar também estiveram presentes. Roberto Cury, presidente da Associação Brasileira de Planos Odontológicos (Sinog), parabenizou os idealizadores do IQCS pela iniciativa. “É um tema que já deveria ser adotado e temos que insistir nele. Qualificar a venda ajuda muito para uma continuidade de contrato”, ressaltou.

O CEO da Allcare, empresa gestora de saúde, Farias Pereira de Sousa também parabenizou a criação do IQCS que, segundo o empresário, chega para engrandecer o mercado da saúde suplementar. “Desde a primeira vez que fui apresentado à ideia, eu indiquei que gostaria de ser um parceiro. Uma vez o vendedor sendo bem qualificado, teremos cada vez mais beneficiários esclarecidos na contratação do plano. É uma iniciativa maravilhosa e estamos aqui para agradecer esse momento”, sinalizou. Ao final do evento, Farias ainda anunciou ter fechado o primeiro acordo do Instituto para certificação ouro de profissionais de venda parceiros da AllCare.

ISTOOS cursos para os corretores que desejarem se especializar em venda de planos de saúde estão disponíveis através do site iqcs.com.br. As aulas duram de 30 a 40 minutos e totalizam até 5 horas para cada curso. “É preciso um tanto de coragem para desafiar o status quo. Mas o Instituto tem essa ambição de transformar o setor de saúde suplementar, catalisando um ciclo virtuoso para melhora contínua desse setor que presta serviços muito importantes para os brasileiros”, finalizou Leandro Fonseca, idealizador e fundador do IQCS.

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

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

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



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

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

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