

ÍNDICE INTERATIVO

[Planos de saúde: Autorização para teste de covid-19 deve ser imediata](#) - Fonte: Gov (ANS)

[Pesquisa inédita revela que brasileiro aprova telemedicina](#) - Fonte: Saúde Business

[ANS promove a primeira reunião ordinária da câmara de saúde suplementar de 2021](#) - Fonte: Gov (ANS)

[Intermédica não basta: Hapvida quer captar R\\$ 2,7 bi para comprar mais ativos](#) - Fonte: Seu Dinheiro

[1,3 Milhão de novos planos odontológicos](#) - Fonte: IESS

[Plano de saúde: Órgãos de defesa do consumidor pedem nova suspensão de reajustes; entenda](#) - Fonte: Extra

[Saúde suplementar cresce pelo oitavo mês consecutivo](#) - Fonte: IESS

[Hapvida \(HAPV3\) prepara follow-on e pode levantar até R\\$ 4 bi, diz site](#) - Fonte: SUNO

PLANOS DE SAÚDE: AUTORIZAÇÃO PARA TESTE DE COVID-19 DEVE SER IMEDIATA

Gov (ANS) – 13/04/2021

ANS alterou diretriz para agilizar realização do RT-PCR, quando houver solicitação e cumprimento dos requisitos.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) alterou a Diretriz de Utilização (DUT) para realização do exame Pesquisa por RT-PCR, utilizado para o diagnóstico da Covid-19. Desde a entrada em vigor do novo Rol de Procedimentos, no dia 01/04, as solicitações médicas que atendam às condições estabelecidas na DUT devem ser autorizadas pelas operadoras de planos de saúde de forma imediata. A medida busca agilizar a realização desse tipo de exame, considerado o mais eficaz para identificar e confirmar o vírus da Covid-19 no início da doença.

Até então, a diretriz para realização do exame não tinha essa exigência. Com isso, os planos de saúde poderiam demorar até três dias úteis para garantir o atendimento, de acordo com a normativa que estabelece os prazos máximos para a garantia de atendimento (RN nº 259/2011).

O exame RT-PCR tem cobertura obrigatória para os beneficiários de planos de saúde na segmentação ambulatorial, hospitalar ou referência, conforme solicitação do médico assistente, para pacientes com Síndrome Gripal (SG) ou Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG):

- **SÍNDROME GRIPAL (SG):** Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. Em crianças:

além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência. Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

- **SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG):** Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

As solicitações médicas que atendam às condições estabelecidas acima devem ser autorizadas de forma imediata.

Outros exames para Covid-19

Além do RT-PCR, os planos de saúde também são obrigados a cobrir os testes sorológicos, ou seja, aqueles que detectam a presença de anticorpos produzidos pelo organismo após exposição ao novo Coronavírus. [Saiba mais sobre as condições e requisitos de cobertura clicando aqui.](#) Também está incluída no Rol de Procedimentos a cobertura para seis outros exames que auxiliam no diagnóstico e tratamento do novo Coronavírus. [Veja aqui.](#)

PESQUISA INÉDITA REVELA QUE BRASILEIRO APROVA TELEMEDICINA

Saúde Business – 13/04/2021

Segundo estudo, 41% dos entrevistados consideram que uma urgência em saúde pode ser resolvida pela telemedicina. Para 66% dos médicos, telemedicina oferece melhor acesso à saúde para os brasileiros.

A Conexa Saúde e o Datafolha acabam de lançar a Pesquisa inédita “Telemedicina no Brasil” para entender a aceitação e adoção da telemedicina por médicos e da população em geral a partir da pandemia da Covid-19. Realizado entre os meses de novembro e dezembro de 2020, o estudo mostra que, atualmente, 41% dos entrevistados acreditam que uma emergência em saúde possa ser resolvida pela telemedicina.

Entre as especialidades mais procuradas por quem já experimentou a telemedicina, há uma preocupação com a saúde em geral, com destaque para saúde mental e nutricional: um terço das consultas (32%) ocorre na área de clínica geral, seguida de psicologia/psicanálise (28%) e nutricionista (9%). Outro dado importante destaca que destas

pessoas que já foram atendidas remotamente por um profissional de saúde estão abertas a adotar a telemedicina como um hábito: 73% dos consultados voltariam a realizar consultas de saúde por videochamada.

A pesquisa foi realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2020 por meio de entrevistas quantitativas por telefone, com aplicação de dois questionários estruturados com médicos de diversas especialidades e com a população em geral. Foram ouvidas 801 pessoas (sendo 127 usuários da plataforma docpass e 674 da população em geral) e 307 médicos (100 usuários da plataforma Conexa Saúde e 207 médicos em geral). O alcance da pesquisa é nacional, cobrindo todas as regiões geográficas do Brasil.

Os entrevistados também destacaram a importância da telemedicina no contexto da pandemia: 72% das pessoas na população em geral disseram que a telemedicina é considerada uma ótima ferramenta para o acesso à saúde.

Entre os médicos, 68% acreditam que um excelente atendimento se caracteriza pelo acesso dos pacientes aos especialistas em saúde. 68% afirmam que a telemedicina oferece melhor acesso. A pesquisa também apontou que mais de 60% dos médicos afirmam considerar a telemedicina em um futuro próximo.

Segundo dados da Demografia Médica de 2020, realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Universidade de São Paulo, cerca de 60% dos médicos brasileiros estão concentrados em apenas 39 municípios, do total dos 5.570 existentes. Diante desse desequilíbrio, o uso da telemedicina tem se mostrado um grande aliado na democratização do acesso à saúde, derrubando barreiras e aproximando médicos e pacientes, em todas as regiões do País.

São muitas as oportunidades de evolução, principalmente do ponto de vista de acesso e democratização da saúde. “O Sistema Único de Saúde (SUS) é, sem dúvida, uma iniciativa heroica, porém apresenta níveis distintos de qualidade e disponibilidade. O enorme alcance geográfico da telemedicina nos motiva a continuar sonhando com o nosso propósito social: promover a conexão de quem tem a necessidade de atendimento de saúde com médicos especialistas”, ressalta Guilherme Weigert, CEO da Conexa Saúde.

Valores reconhecidos da telemedicina

77% da população em geral entrevistada considera que a telemedicina é prática. Além disso, 61% deles gostam de ter o acompanhamento do profissional de saúde por meio da ferramenta. Mesmo os entrevistados que ainda não tiveram nenhuma experiência, 44% dos entrevistados consideram provável usar a telemedicina.

Quando questionados sobre os fatores que motivariam a usar a telemedicina, os entrevistados apontaram: o fácil acesso a um especialista específico, o menor custo de atendimento (consultas mais baratas), ter o problema de saúde solucionado com eficiência e o acompanhamento próximo médico para o seu caso.

A médica Viviane Maiolini atende há um ano na plataforma Conexa Saúde como clínica geral. “Moro no Rio de Janeiro e consigo atender pacientes do Brasil inteiro. Tenho feito muitos acompanhamentos de pacientes crônicos por meio da plataforma de telemedicina. Chegamos até a casa das pessoas, muitas delas carentes. Criamos vínculos e, em muitos lugares, a telemedicina chega antes do próprio sistema de saúde, especialmente nos interiores do país. Também tem sido uma ótima ferramenta para trocas de opiniões entre médicos”, ressalta.

ANS PROMOVE A PRIMEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR DE 2021

Gov (ANS) – 12/04/2021

Encontro virtual ocorreu na quinta-feira (08/04); confira os principais assuntos tratados.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) reuniu nesta quinta-feira (08/04) os membros da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS) para a primeira reunião ordinária do ano. Foi a edição de nº 105 da CAMSS, que é um órgão de participação institucionalizada da sociedade na ANS, cujo objetivo é auxiliar a Diretoria Colegiada da reguladora nas suas discussões. Participaram do encontro os diretores Rogério Scarabel (diretor-presidente substituto e de Normas e Habilitação dos Produtos), Paulo Rebello (Normas e Habilitação das Operadoras), Bruno Rodrigues (Gestão substituto), Maurício Nunes (Fiscalização substituto) e César Serra (Desenvolvimento Setorial substituto).

Scarabel iniciou o encontro dando as boas-vindas aos novos membros da CAMSS para o Biênio 2021/2022, nomeados por meio da Portaria nº 101/2021.

Em seguida, fez um agradecimento especial ao executivo Reinaldo Scheibe, que está deixando o cargo de presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), que ocupou desde 2018. Scarabel e os demais diretores da Agência agradeceram pelas contribuições de Scheibe para a evolução do setor de saúde suplementar nos últimos anos e cumprimentaram o novo presidente da entidade, Renato Casarotti, que conduzirá a entidade no período de 2021 a 2024.

No primeiro informe, o diretor-presidente substituto falou que a ANS se reuniu com representantes da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) para tratar das medidas do setor de planos de saúde que possam colaborar para o combate à pandemia de Covid-19 e para o fortalecimento do sistema de saúde brasileiro. “O objetivo da reunião foi alinhar com a Fiocruz e o Ministério da Saúde formas de contribuição da Saúde Suplementar e da ANS em tudo que envolve o combate a pandemia. A partir da semana que vem teremos outras reuniões com o setor para definir ações concretas que possam ser adotadas em prol de toda a sociedade”, ressaltou Scarabel.

A partir daí, foram apresentados os itens da pauta, seguidos de debate entre os membros da Câmara. O primeiro tópico tratou da Consulta Pública nº 82, que visa aperfeiçoar os critérios para as alterações na rede hospitalar. A gerente de Acompanhamento Regulatório das Redes Assistenciais, Andreia Abib, explicou que os objetivos específicos da consulta, realizada de 25/01 e 10/03, foram revisar os critérios para substituições de entidade hospitalar e redimensionamento da rede hospitalar por redução; melhorar a eficiência da comunicação aos beneficiários sobre as alterações ocorridas na rede credenciada; e trazer mais transparência e segurança no procedimento de alteração da rede hospitalar. No total, foram registradas 920 contribuições durante a consulta, que no momento estão em fase de análise.

Na sequência, Teresa Gutierrez, representante da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAPH) fez uma breve apresentação sobre as propostas da entidade para aprimorar os critérios de alteração da rede assistencial hospitalar que foram registradas na consulta pública.

O segundo item discutiu a Consulta Pública nº 83, que trata da Proposta de Resolução Normativa sobre capital regulatório para definir critérios quanto aos riscos operacional e legal e de dedução do PLA referente à parcela de goodwill. O assessor Thiago Barata apresentou o tema, explicando que teve o objetivo de colher subsídios para modificar as regras que definem o limite mínimo de patrimônio líquido ajustado que as operadoras devem observar (capital regulatório). Como resultado, a consulta pública contribuiu para um modelo mais próximo da realidade do setor, substituindo gradualmente a antiga metodologia da margem de solvência.

Em seguida, Robson Cruz, gerente de Acompanhamento Regular das Operadoras, falou sobre a Consulta Pública nº 85, que objetiva atualizar o Plano de Contas Padrão das operadoras de planos de saúde. Ele pontuou as principais modificações dos itens que serão discutidas na CP, que terá início no dia 12/04.

Em seguida, a gerente de Assistência à Saúde, Ana Cristina Martins falou sobre a consulta Pública nº 84, que tem como objetivo receber contribuições para a proposta de Resolução Normativa que altera a RN nº 439, de 2018, que dispõe sobre

processo de atualização periódica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Ela explicou que a medida visa reduzir o tempo de atualização do Rol sem que sejam comprometidas a qualidade técnica das análises, a transparência na tomada de decisão e a ampla participação social no processo. A consulta que teve início no dia 05/03 e segue até o dia 19/04. Na sequência, a diretora-executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Vera Valente, fez uma apresentação sobre a pandemia no setor, destacando dados colhidos junto às operadoras associadas sobre as questões enfrentadas no período, como o crescimento do índice de solicitações de procedimentos eletivos; taxa de despesas assistenciais; teleatendimento e resolatividade; e os impactos sobre as operadoras.

O último item tratou do reajuste dos planos de saúde. O coordenador-geral de Estudos e Monitoramento de Mercado da Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon), Frederico Fernandes Moesch, apresentou um levantamento do órgão falando sobre o enfrentamento da pandemia de Covid-19 pelos planos de saúde; a atuação do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor (DPDC) diante da situação emergencial e altos custos a serem suportados pelo consumidores em virtude de possíveis aumentos no valores de planos de saúde; e a busca por esclarecimentos sobre as questões que motivaram os reajustes dos planos, afim de identificar se são excessivos especialmente nesse momento excepcional.

INTERMÉDICA NÃO BASTA: HAPVIDA QUER CAPTAR R\$ 2,7 BI PARA COMPRAR MAIS ATIVOS

Seu Dinheiro – 12/04/2021

Operadora de saúde vai ao mercado em busca de novos recursos, mas pode esbarrar nas mesmas dificuldades enfrentadas pela Dasa.

O apetite da Hapvida (HAPV3) parece sem fim. Em meio a negociações para incorporar sua principal rival, a Notre Dame Intermédica (GNDI3), a operadora de saúde verticalizada vai ao mercado em busca de mais recursos para novas aquisições.

A companhia anunciou no domingo (11) a realização de uma oferta pública de distribuição primária e secundária (follow on) de, inicialmente, 133.333.334 ações ordinárias, e pode totalizar 180 milhões de novos papéis considerando o lote adicional e suplementar. A operação tinha sido antecipada pelo site “Pipeline”, do jornal “Valor Econômico”.

Com base na cotação em que os papéis fecharam a sexta-feira (9), de R\$ 14,87, a Hapvida pode levantar de R\$ 2 bilhões (considerando a oferta básica) a R\$ 2,7 bilhões. O preço em que as ações serão emitidas será anunciado em 20 de abril, após o fim do processo de consulta de interesse com investidores, no chamado bookbuilding.

A oferta, voltada apenas a investidores institucionais, está sendo coordenada pelos bancos e corretoras BTG Pactual, Bank of America (BofA), Itaú BBA, XP, Credit Suisse e Citigroup.

Disputa pela ponta

No prospecto do follow on, a Hapvida informa que os recursos da parte primária da oferta serão destinados a potenciais fusões e aquisições, “que possam contribuir para a execução da estratégia de expansão para novos mercados”, e para investimentos na estrutura atual da companhia e de empresas recém adquiridas.

A operadora vem expandindo sua atuação nos últimos anos por meio de aquisições, buscando se consolidar como a maior operadora de saúde verticalizada do país. Para isso, já realizou oferta subsequente, emissão de debêntures e, é claro, a abertura de seu capital social – em 2018, ela levantou R\$ 3,4 bilhões em sua oferta pública inicial de ações (IPO, na sigla em inglês).

Sua principal operação é a incorporação da Notre Dame Intermédica, que a tornará uma das maiores provedoras de

soluções de saúde verticalizadas no mundo, ficando em uma posição confortável para confrontar outros nomes do segmento, que também buscaram recursos no mercado para adquirir ativos e expandir suas operações.

Recentemente, a **Diagnósticos da América (DASA3)**, uma das principais redes de medicina diagnóstica do país, captou R\$ 3,8 bilhões por meio de uma oferta restrita de ações justamente para adquirir ativos.

Essa oferta, aliás, pode ser um mau presságio do que está por vir para a oferta da Hapvida. A companhia controlada pela família Bueno, fundadora da Amil, teve que vender as ações por um preço abaixo do que queria e os controladores tiveram que colocar R\$ 500 milhões para não serem diluídos nesse nível de preço, considerado baixo.

1,3 MILHÃO DE NOVOS PLANOS ODONTOLÓGICOS

IESS – 12/04/2021

Você já deve ter visto aqui em nosso blog o crescimento do número de beneficiários entre os planos médico-hospitalares por oito meses consecutivos. O ultrapassou o saldo de mais de 1 milhão de novos vínculos entre julho de 2020 e fevereiro deste ano. Com a retomada, o segmento atingiu a marca de 47,7 milhões de pessoas, avanço de 1,6% no período de 12 meses encerrado em fevereiro de 2021. [Acesse aqui.](#)

Outro dado importante da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) diz respeito ao setor de planos exclusivamente odontológicos, que continua crescendo em ritmo acelerado. O relatório mostra que essa modalidade cresceu 5,2% em 12 meses e firmou 1,3 milhão de novos vínculos, sendo 616,7 mil apenas entre os meses de novembro de 2020 e fevereiro de 2021.

O resultado foi fortemente impulsionado pela contratação de planos individuais e coletivos por adesão, com avanço de 8,5% e 10,7%, respectivamente. Além disso, a faixa etária de 59 anos ou mais registrou crescimento de 10,2% no período de 12 meses, o que representa aproximadamente 210 mil novas vidas com essa modalidade de assistência.

Com isso, o segmento de planos exclusivamente odontológicos atingiu a marca de mais de 27,3 milhões de beneficiários em todo o país. Em fevereiro de 2021, 21,6 milhões (83,0%) de beneficiários dessa modalidade possuíam um plano coletivo. Desses, 88,4% eram do tipo coletivo empresarial e 11,6% do tipo coletivo por adesão.

Em números absolutos, a maior queda ocorreu no Rio de Janeiro, cuja perda foi de 112 mil beneficiários em 12 meses. O Estado de São Paulo apresentou o maior crescimento, com alta de 770 mil beneficiários no mesmo período.

A NAB consolida os mais recentes números de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares e exclusivamente odontológicos, divididos por estados, regiões, faixas etárias, tipo de contratação e modalidade de operadoras.

Continuaremos apresentando outros dados do setor nos próximos dias. Acesse o boletim completo em https://bit.ly/NAB_IESS.

PLANO DE SAÚDE: ÓRGÃOS DE DEFESA DO CONSUMIDOR PEDEM NOVA SUSPENSÃO DE REAJUSTES; ENTENDA

Extra - 09/04/2021

Órgãos de defesa do consumidor voltaram a cobrar nesta quinta-feira (dia 8) a suspensão dos reajustes de planos de saúde coletivos, que chegaram a registrar aumentos de mais de 200% nas mensalidades em janeiro, segundo o Procon de São Paulo. A medida, porém, foi criticada pelas operadoras, que alegam que isso poderia acarretar riscos à saúde financeira das empresas e à qualidade do serviço prestado aos usuários. O debate ocorreu durante audiência virtual da Câmara de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O assunto foi colocado em pauta após a Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon), vinculada ao Ministério da Justiça e Segurança Pública, propor que a ANS volte a suspender o reajuste dos planos de saúde, como havia sido feito em 2020, em razão do agravamento da pandemia de Covid-19.

Na reunião, as entidades de defesa do consumidor alegaram que a inadimplência e as despesas assistenciais das operadoras diminuíram durante a pandemia, e que a situação financeira das empresas tem se mostrado estável nos últimos 10 anos, o que não justificaria a necessidade do reajuste, que é previsto na legislação.

— Pelos dados do site da ANS, as operadoras estão em um momento financeiro muito favorável, enquanto os usuários de planos estão enfrentando grandes dificuldades econômicas. Se faz necessário um equilíbrio nessa relação. Se a receita das operadoras aumentou e as despesas assistenciais diminuíram, não tem que se falar em aumento de mensalidades nesse momento — disse Daniele Sambugaro, defensora-pública do Núcleo de Defesa do Consumidor (Nudecon) do Rio de Janeiro.

Segundo ela, no terceiro trimestre de 2020 as operadoras registraram crescimento de mais de 4% nas receitas, e queda de mais de 7% nas despesas assistenciais, em relação ao terceiro trimestre de 2019.

Hilton Mello, procurador da República e coordenador do grupo de trabalho do MPF sobre planos de saúde, ressaltou que o órgão tem registrado muitas reclamações de consumidores sobre os aumentos nas mensalidades, e que muitos não entendem por que pagam tão caro. Ele ponderou que é preciso sustentar o equilíbrio das operadoras, mas sem "fechar os olhos para o que está acontecendo na ponta".

Renato Freire Casarotti, presidente da Abramge Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), ressaltou, porém, que no final de 2020 e nos primeiros meses de 2021 as despesas das operadoras voltaram a subir.

— Agora em 2021, teremos as despesas mais altas da saúde brasileira da história. Os reajustes estão calculados tecnicamente, não são uma escolha — disse.

Os representantes das empresas lembraram ainda que no início da pandemia as próprias operadoras decidiram, por liberalidade, suspender por 90 dias os reajustes dos planos de saúde, o que depois foi estendido até o fim do ano pela ANS.

Alessandro Acayaba de Toledo, presidente da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (Anabi),

acrescentou que usar o critério de saúde financeira para suspender os aumentos "penaliza aqueles que fazem boa gestão", e que existem muitas operadoras menores que não estão em boa situação econômica e seriam prejudicadas com a medida.

A Câmara de Saúde Suplementar é um órgão de caráter permanente e consultivo, que tem por finalidade auxiliar a Diretoria Colegiada, que é quem edita as normas de observância no sistema de saúde.

José Alexandre Ferreira Sanches, advogado da área de contencioso do Machado Meyer Advogados, afirma que as discussões feitas no âmbito da Câmara costumam ser levadas em consideração nas decisões tomadas pelo colegiado.

— Via de regra, tem um peso muito grande, e a Diretoria Colegiada acaba ouvindo bastante esse órgão opinativo, por serem escutados membros da sociedade civil e serem tratados temas relevantes.

Em março, o Procon-SP também entrou com uma ação civil pública pedindo que a ANS seja obrigada a reverter reajustes abusivos em planos de saúde coletivos. O órgão disse ter recebido mais de 900 reclamações em janeiro, algumas sobre reajustes que chegaram a 140%, 160% e 228%.

SAÚDE SUPLEMENTAR CRESCE PELO OITAVO MÊS CONSECUTIVO

IESS – 09/04/2021

Com oito meses consecutivos de crescimento, o setor de saúde suplementar ultrapassou o saldo de mais de 1 milhão de novos vínculos entre julho de 2020 e fevereiro deste ano. Os dados estão da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), que acabamos de publicar, e mostram que com a retomada, o setor atingiu a marca de 47,7 milhões de pessoas, avanço de 1,6% no período de 12 meses encerrado em fevereiro de 2021.

Na avaliação trimestral, entre novembro de 2020 e fevereiro desse ano, o crescimento de mais de 310 mil novos beneficiários de planos médico-hospitalares significou um avanço de 0,7% no total. O que mostra que há um esforço das pessoas para não perder o plano de saúde nesse momento.

O forte crescimento nos últimos meses, em especial no segundo semestre de 2020, mostra a retomada da confiança de que o setor continuará proporcionando mais acesso aos brasileiros, a despeito da crise econômica e o aumento do desemprego.

O boletim mostra que mesmo com a queda no primeiro semestre de 2020, as famílias e as empresas brasileiras permanecem com seus planos de saúde. Do total de beneficiários da saúde suplementar, 38,6 milhões, ou 80,9%, são de planos coletivos. Em doze meses, houve aumento de 2,0% entre os coletivos empresariais, 1,6% no tipo adesão e 0,2% entre os individuais. O maior percentual de crescimento aconteceu na faixa etária de 59 ou mais, com avanço de 2,8% em um ano. O que representa aproximadamente 200 mil novos brasileiros idosos com planos de saúde.

É importante ter em mente que setor terá o enorme desafio de lidar com o recente avanço da pandemia de covid-19 no país e a demanda reprimida de procedimentos eletivos. As operadoras têm flexibilizado sua oferta de produtos visando atrair novos beneficiários, como a venda de planos PME e outras modalidades. Conseguindo lidar adequadamente com o cenário atual de avanço dos casos de coronavírus, o setor poderá ultrapassar a marca dos 48,5 milhões até o fim do ano. O boletim pode ser acessado na íntegra em https://bit.ly/NAB_IESS.

HAPVIDA (HAPV3) PREPARA FOLLOW-ON E PODE LEVANTAR ATÉ R\$ 4 BI, DIZ SITE

SUNO – 06/07/2021

A Hapvida (HAPV3) deve fazer uma oferta pública subsequente de ações (follow-on) com o objetivo de levantar de R\$ 3 bilhões a R\$ 4 bilhões, segundo fontes informaram ao jornal Pipeline nesta terça-feira (6).

Segundo as fontes, a oferta da Hapvida deve ser divulgada entre hoje e amanhã (7), e será coordenada por:

- BTG Pactual
- Bank of America
- XP Investimentos
- Credit Suisse
- Itaú BBA
- Citi

A companhia que recentemente chegou a um acordo de fusão com a NotreDame Intermédica (GNDI3), estaria buscando novas aquisições, e também levantar capital.

Acionistas da Hapvida e da NotreDame aprovam fusão

Os acionistas da Hapvida e da NotreDame Intermédica aprovaram ao final de março, em assembleias gerais extraordinárias, a combinação dos negócios das duas empresas do setor de planos de saúde.

A consumação do negócio, agora, precisa da aprovação do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade), da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do cumprimento de termos e condições descritos no acordo.

As duas empresas chegaram a um acordo para a fusão no final de fevereiro. A empresa sediada em fortaleza irá incorporar a NotreDame, sendo que cada acionista da GNDI deve receber 5,2490 ações da HAPV3 e mais R\$ 6,45. Com isso, os acionistas da Hapvida ficarão com 53,6% do capital da nova empresa e os da NotreDame com 46,4%.

Irlau Machado, atual diretor-executivo (CEO) da NotreDame, e Jorge Pinheiro, CEO da Hapvida, atuarão como co-CEOs da nova empresa. O conselho de administração será ampliado para, no mínimo, nove membros, sendo dois indicados pelo atual conselho da NotreDame, cinco pela Hapvida e dois independentes.

Caso a operação seja aprovada, a nova empresa proveniente da fusão entre Hapvida e NotreDame terá 84 hospitais, 280 clínicas, 257 unidades de diagnóstico, com abrangência nacional. A companhia deve ter ainda cerca de 20% de participação no mercado no primeiro momento.

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