



**PROCESSO Nº: 33910.013199/2020-84**

**NOTA TÉCNICA Nº 12/2020/DIFIS-DIOPE-DIPRO**

**Interessado:** DIFIS, DIOPE, DIPRO

**ASSUNTO:** Relatório COVID-19 - Saúde Suplementar: Informações Assistenciais, Financeiras e de Demandas de Consumidor das Operadoras de Planos de Saúde - Julho de 2020

**1. INTRODUÇÃO**

A presente Nota Técnica tem por finalidade atualizar o Relatório COVID-19 – Saúde Suplementar, objeto da Nota Técnica nº 11/2020/DIFIS-DIOPE-DIPRO, elaborado a partir da coleta de dados junto ao setor referentes ao mês de junho de 2020. O objetivo do Relatório é monitorar a evolução de indicadores das operadoras de planos de saúde durante a pandemia, visando subsidiar a análise qualificada da Agência Reguladora, bem como prestar informações qualificadas à sociedade.

O Relatório enfoca amostra de 109 operadoras[1], com dados extraídos do DIOPS[2] e de recentes Requisições de Informação (RIs) da DIOPE/ANS e DIPRO/ANS com prazo para resposta até 10/07/2020. A amostra de operadoras foi selecionada por: (i) sua relevância estatística, abrangendo 80% dos beneficiários dos planos de saúde[3]; e (ii) constituírem operadoras de grande porte, com estrutura operacional para fornecer valores com a rapidez necessária. Entre as 109 operadoras que foram alvo das Requisições de Informações, 54 operadoras, inicialmente classificadas como operadoras com rede própria[4] por possuírem hospital próprio informado ao Sistema de Registro de Planos de Saúde (RPS), foram instadas a oferecer informações complementares sobre sua operação assistencial.

Este é um relatório dinâmico que conta com a atualização de valores das informações assistenciais e econômico-financeiras considerando datas-bases mais recentes, referentes à amostra. Ademais, o relatório inclui uma análise das demandas de consumidor que chegam aos canais de atendimento da ANS, com dados extraídos do Sistema de Informações de Fiscalização (SIF). Foram promovidos pequenos ajustes nos dados constantes na Nota Técnica nº 11, mediante recebimento de dados referentes às RIs de junho de 2020 que foram enviados ou retificados por algumas operadoras após a divulgação do documento.

As tabelas abaixo detalham, respectivamente, a distribuição da amostra de operadoras respondentes por: modalidade da operadora e total de beneficiários de planos médico-hospitalares, época de contratação (novo ou antigo), tipo de contratação (individual ou coletivo) e população idosa. Destacam-se os totais do setor considerando as operadoras que responderam às RIs na data de elaboração deste relatório:

**Tabela 1a – Operadoras e Beneficiários da Amostra por Modalidade de Operadora**

Modalidade	Operadoras	Operadoras Respondentes	%	Beneficiários	Beneficiários das Respondentes	%
Medicina de Grupo	256	37	15%	18.214.059	13.901.756	76%
Cooperativa Médica	282	54	19%	17.276.990	12.234.580	71%
Seguradora	9	5	56%	6.149.158	6.104.251	99%
Autogestão	158	9	6%	4.288.732	1.981.113	46%
Filantropia	35	2	6%	900.825	293.047	33%
<b>Total</b>	<b>740</b>	<b>107</b>	<b>14%</b>	<b>46.829.764</b>	<b>34.514.747</b>	<b>74%</b>

Fonte: SIB/ANS, de maio de 2020.

**Tabela 1b – Beneficiário por Época[5] e Tipo de Contratação**

Época de contratação	Tipo de Contratação	Beneficiários	Beneficiários das Respondentes	%
<b>Novo</b>	Coletivo empresarial	30.294.152	23.703.122	78%
	Individual ou familiar	7.965.883	5.252.754	66%
	Coletivo por adesão	5.079.799	3.436.079	68%
	ND	2.292	914	40%
<b>Novo Total</b>		<b>43.342.126</b>	<b>32.392.869</b>	<b>75%</b>
<b>Antigo</b>	Coletivo empresarial	1.304.803	899.772	69%
	Individual ou familiar	979.586	734.706	75%
	Coletivo por adesão	1.095.832	466.148	43%
	ND	107.417	21.252	20%
<b>Antigo Total</b>		<b>3.487.638</b>	<b>2.121.878</b>	<b>61%</b>
<b>Total</b>		<b>46.829.764</b>	<b>34.514.747</b>	<b>74%</b>

Fonte: SIB/ANS, de maio de 2020.

**Tabela 1c – Proporção de idosos da Amostra**

Faixa etária	Beneficiários	Distribuição %	Beneficiários das Respondentes	Distribuição %
Não-idoso	40.164.044	86%	29.905.758	87%
Idoso	6.665.203	14%	4.608.869	13%
ND	517	0%	120	0%

Fonte: SIB/ANS, de maio de 2020.

Dessa forma, ressalte-se que este Relatório não traz dados gerais de todo o setor em todas as suas seções. As figuras e tabelas apresentam informações relativas às 107 operadoras respondentes, que em conjunto representam cerca de 74% dos beneficiários dos planos médico-hospitalares, salvo indicação em contrário.

## 2. INFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS

Para análise da utilização de serviços de saúde no setor, foram coletadas informações sobre o impacto da pandemia no atendimento assistencial junto às operadoras com rede própria da amostra selecionada para o presente estudo. Os quadros a seguir reúnem informações das 51 operadoras que responderam à ANS até a data da elaboração deste relatório.

Os indicadores ora apresentados foram colhidos no intuito de apontar as principais tendências em relação à utilização de serviços de saúde hospitalares frente ao contexto extraordinário que ora se apresenta, e suas implicações diretas no setor de saúde suplementar, em termos de despesas assistenciais. Cabe ressaltar que os dados refletem a realidade reportada por uma pequena amostra da

totalidade de prestadores hospitalares da rede assistencial de planos privados de saúde e, portanto, devem ser interpretados com a devida cautela. As 51 operadoras respondentes em julho totalizavam 15.111 leitos (comum e UTI) que representavam aproximadamente 10,7% do total de leitos disponíveis na rede assistencial de planos privados, considerando o levantamento da ANS sobre os dados do Ministério da Saúde[6].

Ressalte-se, adicionalmente, que a partir de junho de 2020, a ANS passou a solicitar informações sobre autorizações emitidas pelas operadoras com rede própria da amostra para Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) em toda sua rede credenciada a fim de apresentar indicações de tendências sobre a utilização desses serviços antes e depois da pandemia. Não foram colhidos dados sobre consultas médicas.

Conforme já mencionado, há pequenas alterações nos dados da presente nota em comparação àqueles constantes na Nota Técnica nº 11, devido à incorporação das informações referentes às RIs de junho de 2020 (dados de maio de 2020) de operadoras que enviaram ou retificaram seus dados posteriormente à divulgação do documento. No entanto, nenhuma das alterações teve impacto sobre as análises e conclusões que acompanharam o relatório do mês anterior.

Em uma análise das tendências sobre as despesas assistenciais diante do cenário da COVID-19, é necessário observar dois aspectos importantes: o impacto da pandemia sobre as despesas relacionadas a atendimentos não-COVID-19 e o impacto com despesas associadas ao atendimento da COVID-19 em si.

O impacto sobre as despesas não necessariamente relacionadas aos atendimentos à COVID-19 pode ser verificado a partir da análise da quantidade de consultas em pronto-socorro que não geram internações[7], que apresentou queda desde o início da pandemia. Em junho, observou-se variação positiva desse indicador comparado a maio de 2020 (Figura 1). Essa variação ainda não representa uma retomada ao nível de consultas em pronto-socorro que se observava em fevereiro, antes do início da pandemia, porém denota mudança de tendência, com recuperação gradativa desse tipo de atendimento desde maio.

**Figura 1 – Índice de Variação Mensal dos Atendimentos em Pronto-Socorro que não geraram internação (fev-20 = 100)**



Fonte: ANS/RI, julho de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 51 operadoras que responderam à RI de julho de 2020.

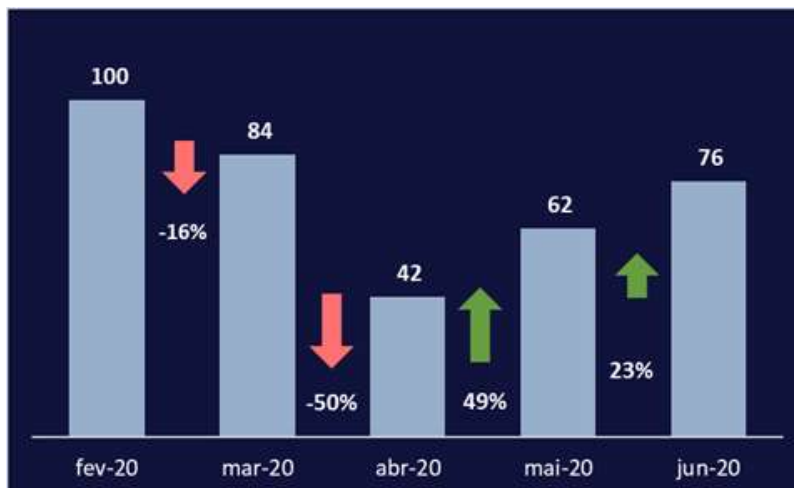
Optou-se por manter a utilização da mediana como medida central representativa do conjunto de dados nos indicadores assistenciais para evitar a influência desproporcional de valores extremos ou atípicos.

Ainda com o intuito de analisar o impacto em despesas não relacionadas diretamente ao Coronavírus, foram coletadas informações sobre a quantidade de autorizações emitidas para realização de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)[8] nos meses de fevereiro a junho, em 2019 e 2020,

permitindo uma análise de tendência quanto à utilização de procedimentos eletivos fora do ambiente hospitalar.

Na comparação de autorizações emitidas em 2020 em relação ao mês anterior (Figura 2), observou-se um padrão de queda nos meses de março e abril semelhante ao comportamento de atendimentos em pronto-socorro que não geram internações. Assim como para as consultas em pronto-socorro, observa-se uma retomada gradual de autorizações para SADT a partir de maio, com aumento em junho de 23% em relação ao mês anterior. Entretanto, o volume de autorizações SADT ainda se encontra abaixo do observado antes do início da pandemia no Brasil.

**Figura 2 – Índice de Variação Mensal de Autorizações Emitidas para SADT (fev-20 = 100)**



Fonte: ANS/RI, julho de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 51 operadoras que responderam à RI de julho de 2020.

Se utilizarmos a emissão de autorizações pelas operadoras a SADTs como *proxy* para uma medida de utilização destes serviços de saúde, observamos que na comparação de autorizações emitidas em 2020 sobre o mesmo período do ano anterior, houve uma redução significativa na busca por esse tipo de atendimento. Essa queda se apresentou mais acentuada no mês de abril e vem diminuindo gradativamente desde maio. No mês de junho a redução da demanda por SADTs, em relação ao mesmo mês do ano anterior, foi de 26% (Figura 3). Cabe destacar que o comportamento de maio e junho da emissão de autorizações a SADTs pode apontar para uma retomada gradual dos serviços ambulatoriais, apesar da queda brusca observada desde o início da pandemia.

**Figura 3 – Evolução de Autorizações Emitidas para SADT sobre mesmo período do ano anterior**



Fonte: ANS/RI, julho de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 51 operadoras que responderam à RI de julho de 2020.



Quanto ao impacto específico da COVID-19 no setor, este pode ser observado, inicialmente, pelo indicador de hospitalizações por SARS (Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRGA)[9], que mostra que a tendência de aumento significativo de casos em 2020 em comparação ao ano anterior se acentua no mês de junho. (Figura 4)

**Figura 4 – Evolução do número de internações por SARS sobre mesmo período do ano anterior**

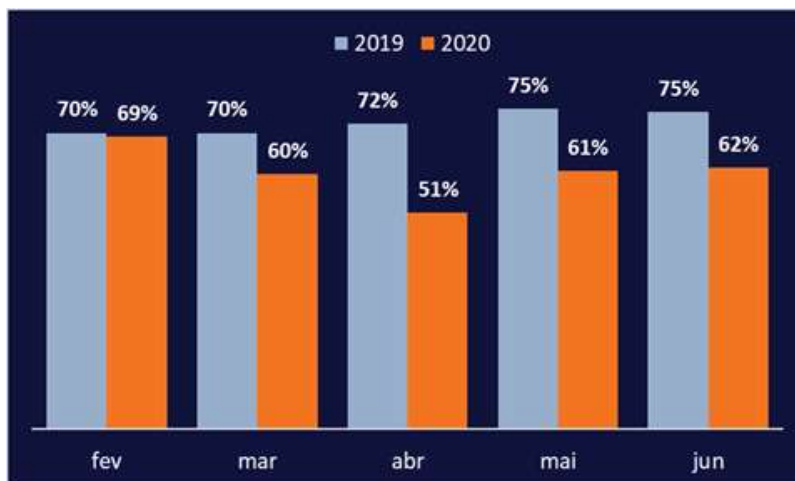


Fonte: ANS/RI, julho de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 51 operadoras que responderam à RI de julho de 2020.

O impacto da pandemia no volume de internação pode ser observado a partir da análise dos dados hospitalares. No mês de junho, a taxa de ocupação geral de leitos (com e sem UTI)[10] manteve-se semelhante ao mês anterior. Entretanto, destaca-se que a taxa de ocupação geral de leitos de junho de 2020 (62%) ficou abaixo da taxa de ocupação de 2019 (75%), mantendo o padrão que tem se verificado desde março (Figura 5a). Essa informação considera a ocupação geral de leitos, ou seja, tanto para o atendimento à COVID-19, quanto para demais procedimentos não relacionados à doença.

**Figura 5a – Evolução da taxa de ocupação de leitos geral (comum e UTI)**



Fonte: ANS/RI, julho de 2020.

Nota: Taxa de ocupação informada por operadora, ponderada pela respectiva quantidade de leitos. Informação referente ao total de leitos dos hospitais da rede própria, sem exclusão de nenhum tipo de leito.

Desde junho de 2020, passaram a ser solicitadas às operadoras da amostra informações sobre a ocupação por tipo de leito (UTI e comum). Apurou-se que os leitos de UTI representavam 21% do total de leitos da amostra em junho de 2019 e 26% em junho de 2020. Na Figura 6a observa-se a redução na taxa de ocupação por tipo de leito (UTI ou Comum) em junho de 2020 em relação a 2019.

A taxa de ocupação de leitos de UTI em 2019 mantinha-se em linha com a taxa de ocupação de leitos comuns. Já em 2020, observa-se ligeiro aumento da taxa de ocupação de leitos de UTI

em comparação aos leitos comuns, o que pode sinalizar demanda maior por leitos de UTI no cenário atual.

**Figura 6a – Taxa de ocupação de leitos por Tipo de Leito**

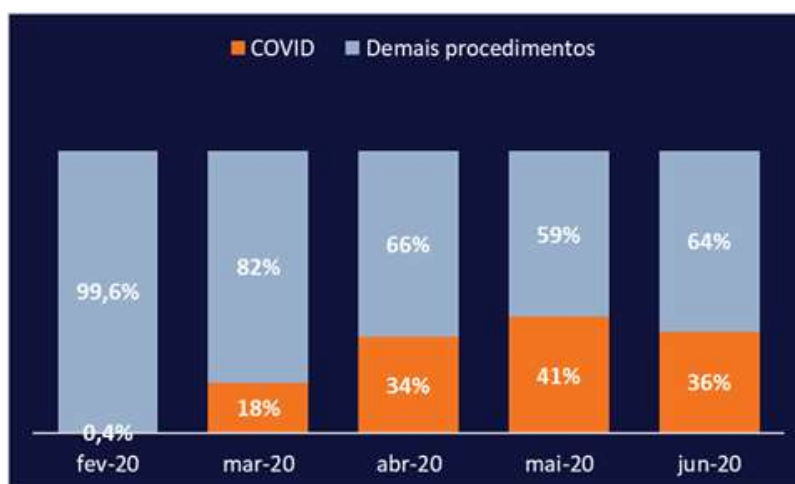


Fonte: ANS/RI, julho de 2020.

Nota: Taxa de ocupação informada por operadora, ponderada pela respectiva quantidade de leitos. Informação referente ao total de leitos dos hospitais da rede própria, sem exclusão de nenhum tipo de leito.

O impacto direto da pandemia pode ser observado na proporção de leitos alocados exclusivamente para COVID-19 nos hospitais da amostra e nas taxas de ocupação destes leitos comparada a outros tipos de internações (Figura 5b). Em junho, observou-se pela primeira vez desde março uma discreta redução da proporção de leitos alocados exclusivamente para COVID-19, em comparação ao mês anterior.

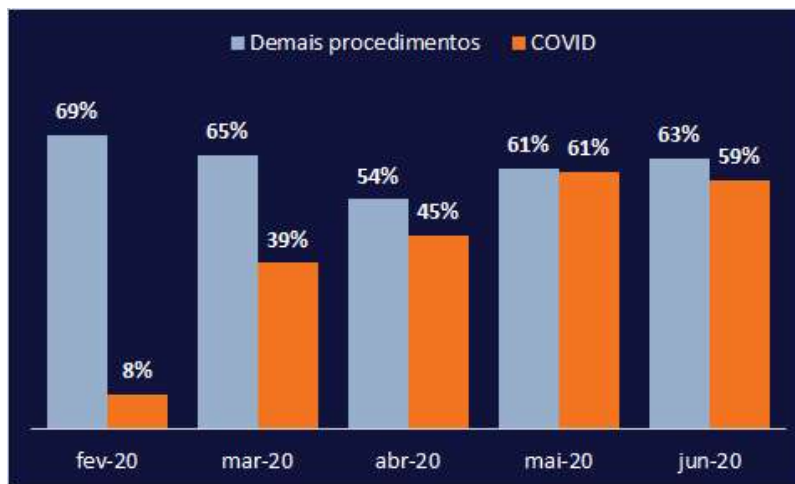
**Figura 5b – Evolução da proporção de leitos (comum e UTI) alocados exclusivamente para atendimento à COVID-19 e demais procedimentos**



Fonte: ANS/RI, julho de 2020.

A ocupação destes leitos exclusivamente alocados para COVID-19 também apresentou, em junho, uma redução em relação a maio (Figura 5c). A taxa de ocupação referente a demais procedimentos apresentou ligeiro aumento em junho em relação a maio, apontando possível retomada gradativa de internações não associadas à COVID-19. No entanto, conforme já destacado na Figura 5a, a taxa de ocupação geral de leitos (62%) ainda se manteve abaixo dos patamares do mesmo período no ano anterior (75%).

**Figura 5c – Evolução da taxa de ocupação dos leitos (comum e UTI) alocados a COVID-19 e demais procedimentos**

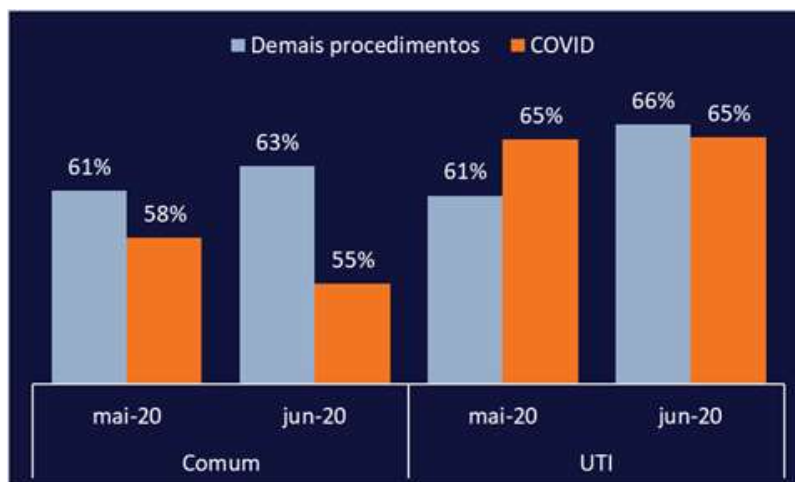


Fonte: ANS/RI, julho de 2020.

Nota: Taxa de ocupação informada por operadora, ponderada pela respectiva quantidade de leitos. Informação referente ao total de leitos dos hospitais da rede própria, sem exclusão de nenhum tipo de leito.

Na Figura 6b é possível verificar uma redução da taxa de ocupação dos leitos comuns alocados para COVID-19 de 58% em maio para 55% em junho. Por outro lado, a taxa de ocupação de leitos de UTI para COVID-19 permaneceu em 65%. Já nas internações relacionadas a outros procedimentos, observou-se aumento da taxa de ocupação tanto de leitos comuns como de leitos com UTI.

**Figura 6b – Taxa de ocupação dos leitos alocados a COVID-19 e demais procedimentos por tipo de leito**

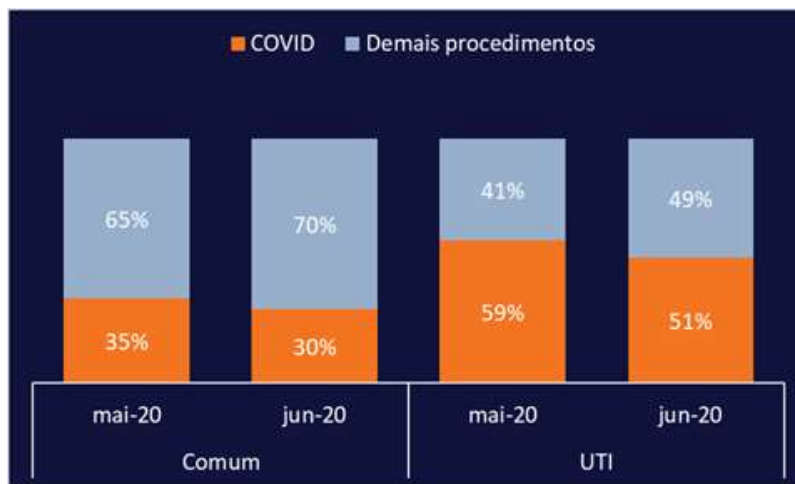


Fonte: ANS/RI, julho de 2020.

Nota: Taxa de ocupação informada por operadora, ponderada pela respectiva quantidade de leitos. Informação referente ao total de leitos dos hospitais da rede própria, sem exclusão de nenhum tipo de leito.

Em que pese a taxa de ocupação dos leitos de UTI para COVID-19 ter se mantido em 65% entre maio e junho, deve-se ressaltar que a proporção de leitos de UTI exclusivamente alocados para COVID-19 caiu de 59% para 51% no mesmo período, conforme apontado na Figura 6c.

**Figura 6c – Evolução da proporção de leitos (comum e UTI) alocados exclusivamente para atendimento à COVID-19 e demais procedimentos por Tipo de Leito**



Fonte: ANS/RI, julho de 2020.

O impacto nos custos de internações pode ser verificado pela comparação entre internações por COVID-19 e outras internações (clínicas e cirúrgicas) considerando, além dos custos assistenciais por dia de internação, a duração média das internações para cada tipo.

Os dados coletados indicam que o custo por diária em internações com ou sem UTI, para tratamento da COVID-19, manteve-se estável em junho em comparação com o mês anterior (Tabela 2a). O valor do custo por diária da internação COVID-19 com UTI se mantém próximo ao custo de internação cirúrgica com UTI, enquanto o custo da internação COVID-19 sem UTI se posiciona entre o custo por diária da internação clínica e cirúrgica.

**Tabela 2a – Custo (R\$) por Diária por Tipo de Internação**

		Custo por Diária			Variação	
		Abr	Mai	Jun	Mai	Jun
<b>Sem UTI</b>	Cirúrgica	2.582	2.574	2.586	-0,3%	0,5%
	Clínica	1.457	1.392	1.364	-4,4%	-2,1%
	COVID-19	1.611	1.802	1.768	11,9%	-1,9%
<b>Com UTI</b>	Cirúrgica	3.804	3.830	3.923	0,7%	2,4%
	Clínica	3.166	3.244	3.173	2,5%	-2,2%
	COVID-19	3.713	3.830	3.786	3,1%	-1,1%

Fonte: ANS/RI, julho de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 51 operadoras que responderam à RI de julho de 2020.

A duração de uma internação por COVID-19 (Tabela 2b) permanece mais longa que os outros tipos de internação, elevando assim o custo por internação de um paciente COVID-19 (Tabela 2c).

**Tabela 2b – Tempo de Internação em Dias por Tipo de Internação**

		Tempo de Internação			Variação	
		Abr	Mai	Jun	Mai	Jun
<b>Sem UTI</b>	Cirúrgica	2,0	2,2	2,1	11,0%	-5,3%
	Clínica	4,4	4,0	4,1	-7,3%	1,7%
	COVID-19	5,0	5,7	5,5	13,2%	-3,8%
<b>Com UTI</b>	Cirúrgica	6,0	7,2	6,0	18,8%	-16,3%
	Clínica	7,0	7,3	7,6	4,3%	4,5%
	COVID-19	10,9	11,5	11,9	5,7%	3,1%

Fonte: ANS/RI, julho de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 51 operadoras que responderam à RI de julho de 2020.



**Tabela 2c – Custo (R\$) de Internação por Tipo de Internação**

		Custo de Internação			Variação	
		Abr	Mai	Jun	Mai	Jun
<b>Sem UTI</b>	Cirúrgica	5.163	5.715	5.439	10,7%	-4,8%
	Clínica	6.336	5.614	5.591	-11,4%	-0,4%
	COVID-19	8.126	10.290	9.708	26,6%	-5,7%
<b>Com UTI</b>	Cirúrgica	22.954	27.464	23.540	19,6%	-14,3%
	Clínica	22.164	23.685	24.193	6,9%	2,1%
	COVID-19	40.417	44.040	44.888	9,0%	1,9%

Fonte: ANS/RI, julho de 2020.

Nota: Mediana da amostra de 51 operadoras que responderam à RI de julho de 2020.

Outra informação relevante a ser monitorada, que impacta tanto em despesas assistenciais quanto na receita das operadoras, é a evolução dos vínculos ativos de beneficiários que reflete o movimento de adesões e cancelamentos de vínculos diante da pandemia. Em maio, verificou-se pelo segundo mês consecutivo, uma redução no número de beneficiários vinculados a planos médico-hospitalares. Em 2020, foi o primeiro mês com variação negativa em relação ao ano anterior, com redução de 0,26% do total de beneficiários, comparado a maio de 2019 (Figura 7b).

**Figura 7a - Evolução Mensal de Vínculos de Beneficiários em Planos Médico-Hospitalares**

Fonte: SIB/ANS, maio de 2020.

**Figura 7b – Variação de Vínculos de Beneficiários em Planos Médico-Hospitalares sobre o mesmo período do ano anterior**



Fonte: SIB/ANS, maio de 2020.

### 3. INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FINANCEIRAS

#### 3.1. ANÁLISE DO FLUXO DE CAIXA

Preliminarmente, cabe esclarecer a motivação pela escolha de dados de fluxos de caixa em preferência aos dados de balancetes contábeis para a elaboração deste relatório.

Com o advento da pandemia e a necessidade urgente por informações que pudessem melhor ilustrar o real cenário econômico-financeiro do setor e em menor tempo pudessem ser informadas à ANS, poucas opções se mostravam disponíveis.

As informações de fluxos de caixa normalmente são fechadas em rotinas diárias, não necessitando de maiores conciliações documentais por parte das empresas. Sinalizam o efetivo ingresso ou saída de recursos das contas (caixa) das operadoras e podem ser preparadas rapidamente.

As informações contábeis partem de registros efetuados pelo *regime de competência*, no qual o efetivo ingresso ou saída de recursos não é considerado, mas sim o *fato gerador* de uma receita ou despesa. No caso de um plano de saúde, a receita de contraprestação é registrada assim que é iniciada a vigência de cobertura de uma determinada mensalidade, independente do seu recebimento; a despesa assistencial ou evento, assim que a operadora tem conhecimento da chegada de uma conta médica, independentemente de seu efetivo pagamento.

Por essa característica, necessitam de um maior trabalho de análise documental e de maior tempo para serem conciliadas na montagem das informações de balancetes contábeis. Também não existe a cultura, no mercado de saúde suplementar, de seu envio em curtos períodos: o Documento de Informações Periódicas das Operadoras (DIOPS) tem periodicidade trimestral, com envio até o 45º dia do mês subsequente ao encerramento do trimestre.

A pandemia possui característica de rápida evolução e rápidos efeitos sobre a população e a economia. Assim, a melhor informação em termos de disponibilidade para subsidiar a análise setorial e as tomadas de decisão da ANS mostrou ser a informação de fluxos de caixa.

Seu período será trimestral para dados até março de 2020 (formato padrão do DIOPS), e mensal para valores de fevereiro a junho de 2020 (menor periodicidade solicitada nos Requerimentos de Informação).

Para a amostra<sup>[11]</sup>, totalizaram-se os valores dos principais fluxos de caixa operacionais<sup>[12]</sup> (contraprestações recebidas e pagamentos a fornecedores e prestadores de serviço de saúde), apresentando-se também a evolução histórica do índice de sinistralidade média *de caixa*<sup>[13]</sup>.

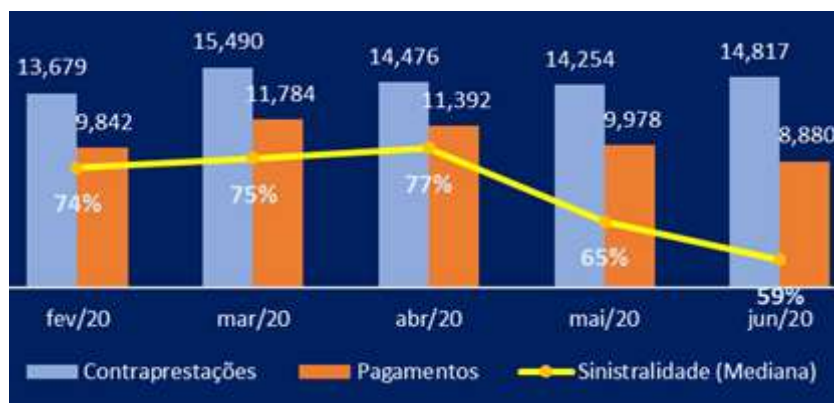
**Figura 8 – Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa (R\$ MM), com dados trimestrais**

**históricos**

Fonte: Dados da amostra de 101 operadoras respondentes de RI no DIOPS/ANS, até 1º Trimestre de 2020.

Abaixo são apresentados os mesmos valores mensais de 2020, durante os meses de início da pandemia de COVID-19. Considerando a diferença de operação e o possível impacto diferenciado, os valores das operadoras verticalizadas (com despesas concentradas em rede de hospitais própria)<sup>[14]</sup> e não verticalizadas (sem concentração de despesas em rede de hospitais própria) foram separados nos gráficos subsequentes<sup>[15]</sup>:

**Figura 9 – Recebimentos de pagamentos de beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa (R\$ MM), com dados mensais**



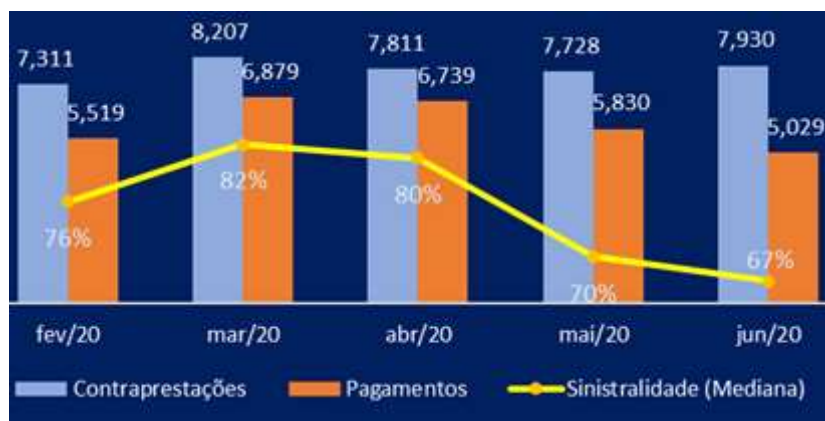
Fonte: Amostra de 101 operadoras respondentes de RI, julho de 2020.

**Figura 10a – Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa (R\$ MM), com dados mensais, das operadoras verticalizadas e não verticalizadas (R\$ MM) – Operadoras Verticalizadas (com rede própria)**



Fonte: Amostra de 101 operadoras respondentes de RI, julho de 2020.

**Figura 10b – Recebimentos de pagamentos dos beneficiários (contraprestações), valores pagos a fornecedores e prestadores assistenciais e sinistralidade de caixa (R\$ MM), com dados mensais, das operadoras verticalizadas e não verticalizadas (R\$ MM) – Operadoras Não Verticalizadas (sem rede própria)**



Fonte: Amostra de 101 operadoras respondentes de RI, julho de 2020.

Dos dados de 2020 (com pandemia), observa-se inicialmente baixa variação do índice de sinistralidade de caixa e aquém do observado no último trimestre de 2019. Contudo, houve uma redução significativa em maio de 2020, abaixo dos registros históricos anteriores e a tendência de queda continuou em junho.

Dos dados anteriores à pandemia, percebe-se nitidamente a variação sazonal característica desse indicador, relacionada a períodos de menor temperatura e de maiores ocorrências relacionadas a doenças respiratória. Outra componente que influencia a sazonalidade são os períodos de férias dos beneficiários.

Cabe destacar que o ciclo financeiro do setor possui comportamento no qual prestadores de serviços médicos em geral recebem em aproximadamente 30 a 40 dias após o conhecimento da conta pelas operadoras, segundo dados do DIOPS[16]; hospitais, por sua vez, segundo dados da Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP[17], recebem em aproximadamente 70 dias. Dessa forma, contas pagas até maio podem corresponder a eventos médicos relativos aos meses de fevereiro, março e abril deste ano.

Se considerarmos que há também lapso temporal entre a ocorrência do evento médico e o envio da conta pelos próprios hospitais, as contas pagas podem ser referentes a meses ainda mais pretéritos.

Por este motivo, a queda dos atendimentos em pronto socorro, SADT e a redução nas taxas de ocupação dos leitos, conforme detalhado na seção de informações assistenciais deste relatório, só puderam ser observados meses depois no índice de sinistralidade de caixa, como ocorrido em maio e



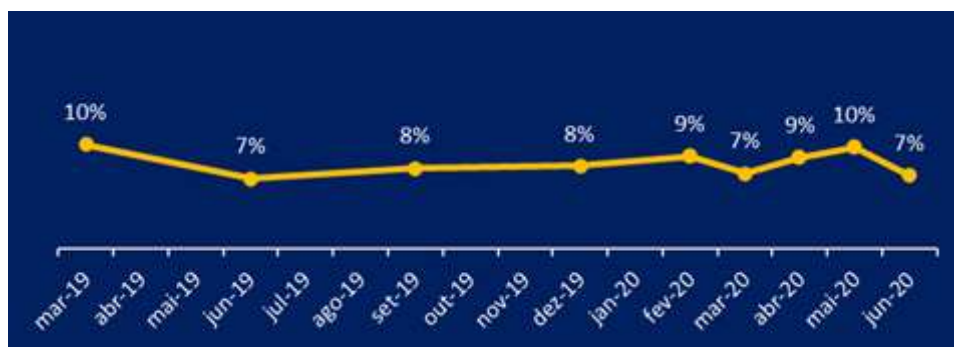
junho. No presente estudo, os efeitos da baixa demanda por procedimentos eletivos e atendimentos de urgência refletiram-se somente em maio e a tendência de queda se manteve para junho, e podem voltar a se repetir nos fluxos de caixa dos próximos meses, caso o cenário seja mantido.

### 3.2. ANÁLISE DE INADIMPLÊNCIA

A inadimplência é o não pagamento de obrigações no prazo estabelecido. Para análise do seu comportamento no setor, foram utilizados os seguintes dados da amostra[18]: distribuição dos saldos de contraprestações por período de cobertura (emissão do último mês) e composição dos saldos a receber (estoque), segregando-se os saldos em recebido, vencido ou a vencer.

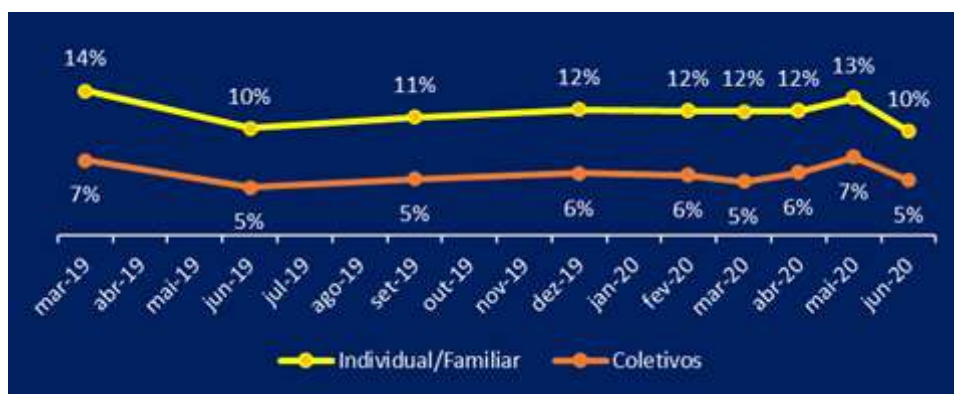
Primeiramente, a figura abaixo traz a evolução histórica do percentual mediano[19] do saldo vencido ao final do mês das contraprestações dos planos em pré-pagamento com período de cobertura durante os meses indicados:

**Figura 11a – Inadimplência mediana de planos com preço preestabelecido (apurada no mês de cobertura[20])**



Fonte: Dados da amostra de 102 operadoras respondentes de RI no DIOPS/ANS, ano de 2019 e março de 2020, e RIs, de fevereiro, abril até junho de 2020.

**Figura 11b – Inadimplência mediana de planos com preço preestabelecido (apurada no mês de cobertura[21]) – Por tipo de plano**



Fonte: Dados da amostra de 102 operadoras respondentes de RI no DIOPS/ANS, ano de 2019 e março de 2020, e RIs, de fevereiro, abril até junho de 2020.

Na figura acima, para cada real de valor emitido de contraprestação para o mês indicado, uma parcela considera-se recebida, outra, ainda a vencer, e o restante, vencido (não pago) ao final do mês da cobertura. Ou seja, o saldo pode representar contraprestações vencidas em um dia ou até 30 dias.

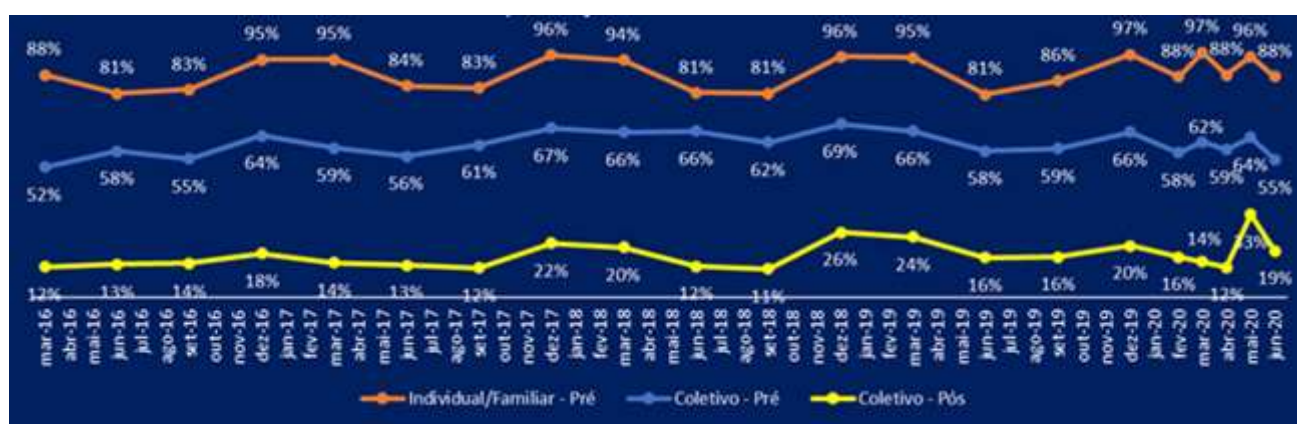
Destaca-se que em maio foram identificadas operadoras com variações discrepantes de inadimplência que em alguns casos não foram refletidas nos valores de receitas com contraprestações apresentadas para o mesmo período. Após questionamentos, algumas operadoras ajustaram a informação. Registra-se que uma quantidade maior de pagamentos ficou em aberto pelo fato de o dia 31/05 ser não útil (domingo), sendo feitos pagamentos no primeiro dia útil seguinte (01/06). Assim, é

razoável inferir que não houve de fato aumento de inadimplência em maio para posterior queda em junho, mas sim o efeito de vencimentos ocorridos no final de semana.

Os gráficos anteriores mostraram qual é o percentual de inadimplência medido a cada mês de cobertura. O gráfico a seguir busca analisar o estoque total de contas ainda não recebidas (contraprestações a receber), independente do mês a que se referem: ou seja, agrupam todas as contas vencidas, desde as vencidas há poucos dias às vencidas há muitos meses. Por isso, nos gráficos abaixo são apresentados os percentuais medianos [22] de valores vencidos da amostra, segregados por modalidade de financiamento dos planos de saúde (classificados como “pré-estabelecidos” ou “pós-estabelecidos”) e por tipo de contratação do plano (individual ou coletivo).

Primeiramente, destaca-se que a maior parte do faturamento do mercado é proveniente de planos com preços preestabelecidos (representando 83% do total de contraprestações emitidas em 2019). Os percentuais históricos e as variações observadas diferem significativamente entre os tipos de planos. Isso ocorre decorrente de diferentes práticas comerciais inerentes a cada tipo de comercialização [23]:

**Figura 12 – Representatividade mediana dos saldos vencidos nas contas a receber de pagamentos de beneficiários (contraprestações) de planos individuais ou familiares em pré-pagamento**



Fonte: Dados da amostra de 102 operadoras respondentes de RI no DIOPS/ANS até o fim de 2019 e março de 2020, e RIs, de fevereiro, abril até junho de 2020.

Destaca-se que, embora os históricos acima apresentem um dado relevante, que é a distribuição do tipo de saldo a receber do setor, tais devem ser avaliados com a devida cautela, pois os valores históricos apresentados têm limitações pela ausência de clara base de incidência dos seus percentuais. Por exemplo, a figura acima ilustra, para cada R\$ 1,00 de contraprestações ainda a receber no final do mês, qual é o montante vencido, sem definir em que mês houve a emissão das parcelas vencidas.

Dito isto, destaca-se que não houve uma variação expressiva desse saldo ao se analisar a média histórica dos planos com precificação preestabelecida, ao passo que no histórico de planos em pós-pagamento houve uma variação mais expressiva no último mês, contudo, retornou ao patamar histórico médio em junho.

Por fim, esclarece-se que os indicadores de inadimplência acima têm o objetivo de mostrar o comportamento de inadimplência do setor de forma uniforme (mesmo período considerado e metodologia) e comparável para todo o mercado.

#### 4. INFORMAÇÕES DE DEMANDAS DE CONSUMIDOR

Nessa Nota Técnica, os dados sobre as reclamações cadastradas na ANS foram atualizados até o mês de junho de 2020, com destaque para as informações sobre o monitoramento diário de demandas relacionadas ao novo Coronavírus.

**Figura 13: Evolução de Reclamações em Geral (assistencial e não assistencial) - 2019 e 2020**



Fonte: TabNet ANS e SIF-Consulta, de janeiro de 2019 a junho de 2020

Observa-se que no mês de junho de 2020, houve um acréscimo de 21,4%, em comparação ao mês anterior, e de 15,1%, em comparação a junho de 2019, quando consideramos o total de demandas de reclamação (assistencial e não assistencial).

Especificamente sobre as reclamações de natureza assistencial, observamos que o aumento no mês de junho de 2020 representou 28,2%, em comparação ao mês anterior, e de 9,1%, em comparação a junho de 2019. Contudo, cabe destacar que, mesmo com o aumento verificado nesse mês, o volume não alcançou o registrado na ANS a partir do segundo semestre de 2019 até março de 2020. As demandas assistenciais representam 69% e 64,4% do total geral de demandas em 2019 e 2020, respectivamente.

**Figura 14: Evolução de Reclamações Assistenciais em 2019 e 2020**



Fonte: TabNet ANS e SIF-Consulta, de janeiro de 2019 a junho de 2020

Partindo-se do pressuposto que as reclamações assistenciais cadastradas na ANS têm relação direta com a procura dos beneficiários por atendimento, podemos ponderar que uma soma de fatores pode ter influenciado o aumento no número de reclamações assistenciais em junho de 2020, em relação aos meses de abril e maio do mesmo ano.

Nesse sentido, podemos citar, por exemplo, a decisão da ANS de restabelecer, a partir de 10/06/2020, os prazos máximos de atendimento previstos na Resolução Normativa nº 259, os quais haviam sido flexibilizados em 25/03/2020, devido à pandemia do novo Coronavírus. Destaca-se que a prorrogação temporária dos prazos foi prevista para a realização de consultas, exames, terapias e cirurgias que não fossem urgentes.

Nos meses de abril e maio de 2020 houve uma redução expressiva no número de reclamações assistenciais na ANS. Esse dado coincidiu com medidas mais rigorosas de isolamento social, com a flexibilização dos prazos máximos de atendimento previstos na RN nº259 e com a redução do número de solicitações de internações e demais autorizações não relacionadas à COVID-19, como

detalhado nessa Nota Técnica, na seção Informações Assistenciais, e, também, como apontado por representantes de algumas operadoras de pequeno e médio porte, em encontros virtuais realizados por essa Agência, entre os dias 20 e 28 de maio de 2020.

Outro fator importante que devemos considerar foi a inclusão no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde do procedimento SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) – pesquisa de anticorpos IgA, IgG ou IgM (com diretriz de utilização), em 29/06/2020. A inclusão desses testes pela ANS atendeu a decisão judicial relativa à Ação Civil Pública nº 0810140-15.2020.4.05.8300 e gerou alguns questionamentos por parte dos consumidores na ANS.

Contudo, as reclamações relacionadas à COVID-19 representaram, no mês de maio de 2020, 18,3% do total de reclamações, e 17,8 % no mês de junho de 2020.

Essa avaliação foi possível em função das análises feitas através do monitoramento diário dos dados relacionados aos casos da doença no Brasil e das demandas registradas nos canais de atendimento da Agência para pedidos de informação e registro de reclamações.<sup>[24]</sup>

**Figura 15: Demandas relacionadas ao novo Coronavírus**

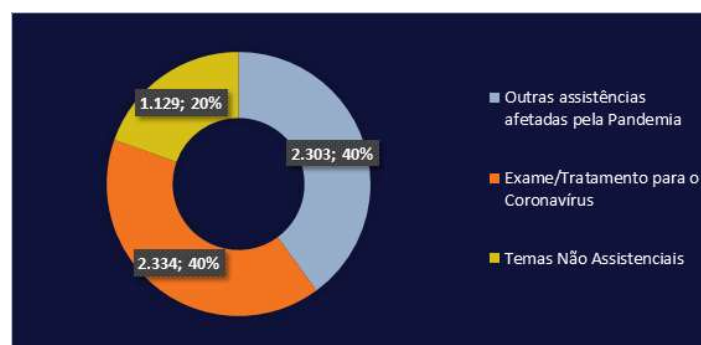


Fonte: SIF-Consulta, de março a junho de 2020

Uma das análises realizadas para o monitoramento envolve a classificação das demandas de reclamação dos consumidores relacionadas à COVID-19 em oito categorias, divididas em três domínios, para melhor compreensão dos questionamentos apresentados.

Importante esclarecer, como já citado na Nota Técnica anterior, que na metodologia utilizada para a classificação das demandas relacionadas à pandemia do novo Coronavírus utilizou-se marcadores específicos relativos à COVID-19<sup>[25]</sup>, tendo como base os relatos dos consumidores, ao cadastrar suas demandas na ANS, e não possuem qualquer análise de mérito sobre eventual infração da Operadora de Planos de Saúde ou da Administradora de Benefícios à Lei 9.656/98 e seus normativos e/ou aos termos contratuais.

**Figura 16: Demandas de Reclamação relacionadas ao novo Coronavírus**



Fonte: SIF-Consulta, de março a junho de 2020

**Figura 17: Identificações das Reclamações sobre o Coronavírus**



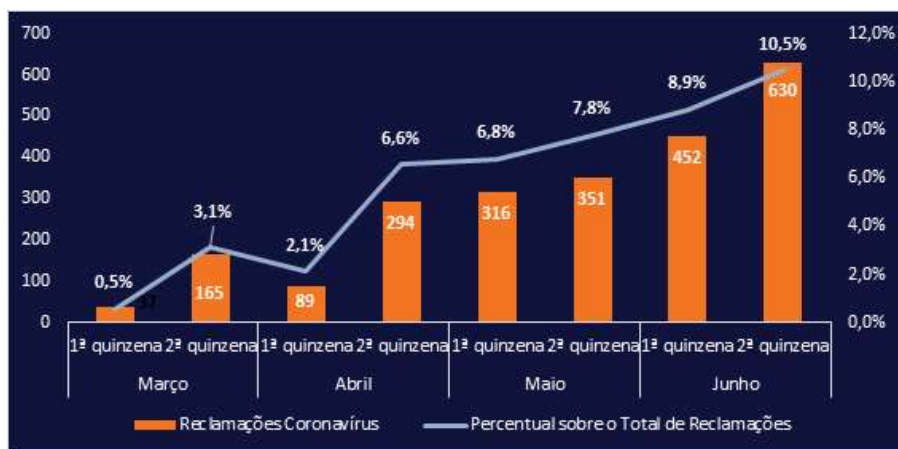


Fonte: SIF-Consulta, de março a junho de 2020

Da leitura das figuras acima, é possível observar que as reclamações de cobertura sobre Exame/Tratamento para a COVID-19, representam o maior volume no período de análise (demandas de reclamação relacionadas à pandemia do novo Coronavírus, cadastradas entre 01/03 e 30/06/2020). Esse dado difere do apresentado na Nota Técnica anterior, quando as reclamações sobre cobertura para atendimentos e procedimentos não relacionada à COVID-19, mas que de alguma forma foram impactadas pela pandemia, representavam o maior volume.

Na figura a seguir, destaca-se a evolução das demandas de reclamação para Exame/Tratamento sobre o novo Coronavírus. Observa-se um crescente aumento no decorrer das quinzenas, sendo o *pico* da curva na 2ª quinzena de junho, representando 10,5% do total de demandas cadastradas na ANS no período.

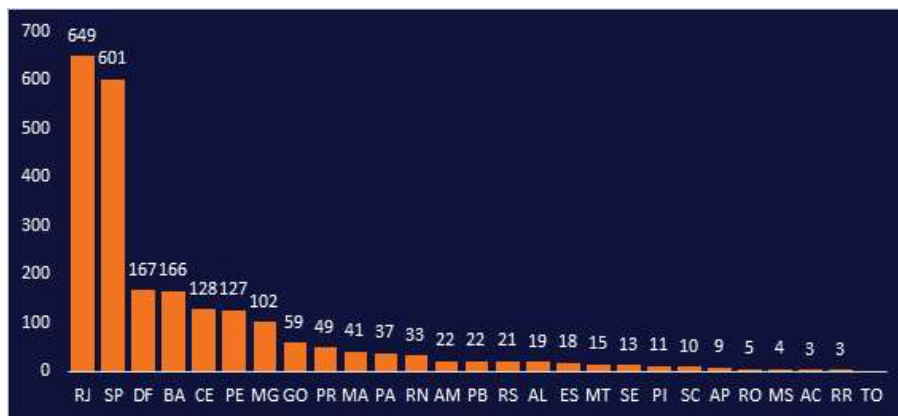
**Figura 18: Evolução de Reclamações de Exame/Tratamento sobre Coronavírus**



Fonte: SIF-Consulta, de março a junho de 2020

A figura 19 mostra o valor absoluto das demandas de reclamação dos Exames/Tratamento sobre o novo Coronavírus por Unidade Federativa (UF). Neste gráfico observa-se que os Estados do Rio de Janeiro e São Paulo são os destaques em quantidade de reclamações, seguindo o crescente aumento no número de casos também registrados nesses Estados.

**Figura 19: Reclamações de Exame/Tratamento sobre Coronavírus, por UF**



Fonte: SIF-Consulta, de março a junho de 2020

Além disso, considerando que no território brasileiro há uma grande diferença tanto no quantitativo populacional, quanto no número de beneficiários por UF, foi criado o Índice COVID. Esse índice pondera o total de reclamações sobre o novo Coronavírus em relação ao total de beneficiários em sua respectiva Unidade Federativa. O período considerado foi o mensal, facilitando a leitura do Índice. Como exemplo, se o  $\text{Índice}_{\text{Covid}} = 3$ , significa que em um mês ocorreram 3 reclamações para cada 100.000 beneficiários de uma determinada UF.

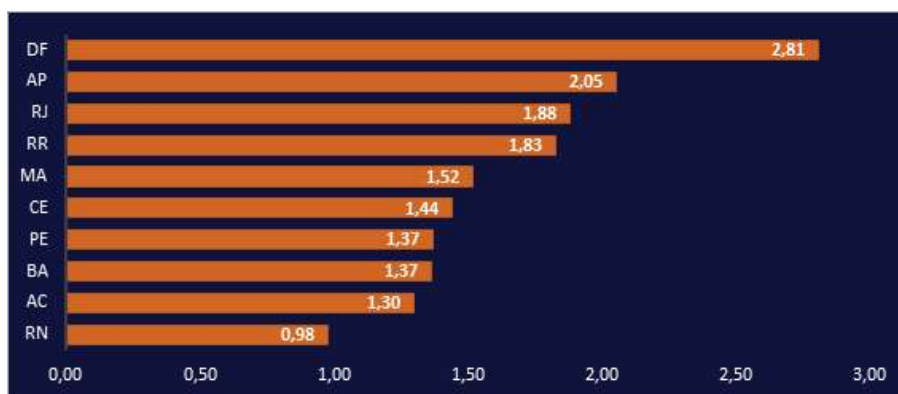
O  $\text{Índice}_{\text{Covid}}$  é demonstrado pela fórmula a seguir:

Índice Mensal sobre Novo Coronavírus ( $I_{\text{Covid}}$ ), por UF:

$$I_{\text{Covid}} = \frac{\text{Quantidade de Reclamações sobre Coronavírus}}{\text{Média de Beneficiários no Período} \times \text{Quant. de meses no Período}} \times 100.000$$

Sobre os resultados encontrados, tem-se em números relativos, ponderados pelo quantitativo de beneficiários por UF, o Distrito Federal aparece em primeiro lugar com 2,81 demandas ao mês, seguido por Amapá, com 2,05, e Rio de Janeiro com 1,88, conforme mostrado na Figura 20.

**Figura 20: Índice Covid Mensal para as principais UF**



Fonte: SIF-Consulta, de março a junho de 2020

Na avaliação apresentada na Nota Técnica anterior, os três primeiros lugares eram ocupados pelo Distrito Federal com 2,77 demandas ao mês, seguido por Rio de Janeiro, com 2,25, e Maranhão com 2,13. O Amapá não aparecia entre os primeiros colocados. Porém, na segunda quinzena de Junho de 2020, esse Estado apresentou alta relevante de casos novos de contaminação pelo novo Coronavírus, por dia de notificação, segundo dados do Ministério da Saúde (Painel Coronavírus)[26],

possuindo 109.703 beneficiários de planos de saúde (dados de maio de 2020) e 09 reclamações relacionadas à COVID-19, no período de análise.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se, por fim, que os dados e indicadores analisados até o momento não apontam para uma conjuntura de desequilíbrios de ordem assistencial ou econômico-financeira no setor, recomendando-se, assim, a manutenção do monitoramento contínuo durante todo o desenvolvimento da pandemia.

À consideração superior.

---

[1] Excluíram-se da amostra as operadoras classificadas como autogestões por Departamento de Recursos Humanos, pelas limitações de sua obrigação de envio de informações financeiros à ANS.

[2] Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, por meio do qual as operadoras enviam informações financeiras trimestralmente à ANS.

[3] Incluindo beneficiários de planos odontológicos e médico-hospitalares.

[4] Do total de 109 operadoras selecionadas na amostra, 1 operadora foi incorporada restando 108 operadoras. Deste total, 54 operadoras foram mapeadas como “operadoras com rede própria”, considerando informações registradas no Sistema Registro de Planos de Saúde (RPS), indicando possuir hospital próprio em sua rede. Das 54 operadoras, 1 alegou que os dados do RPS estavam desatualizados e que não possui hospital próprio. Ao final, foram considerados dados de 51 operadoras que responderam à RI DIPRO julho de 2020 (dados de junho de 2020), até a data de elaboração da presente Nota.

[5] Época de contratação: são considerados “novos” os planos regulamentados pela Lei 9656/98, enquanto os “antigos” se referem aos firmados antes da vigência da Lei 9.656/98, e não adaptados.

[6] Fonte: Levantamento GEPIN/DIDES/ANS. Os critérios para identificação dos estabelecimentos que atendem à Saúde Suplementar privada na base do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES/MS foram:

- Prestadores ativos, não públicos e que não estejam conveniados exclusivamente com o SUS. Nos casos de prestadores cancelados na base do CNES/MS por falta de atualização (cancelamento automático), foram mantidos aqueles que apresentaram movimento na base do TISS em 2019;
- Prestadores cadastrados como Hospital Geral, Hospital Especializado, Pronto Socorro Geral, Pronto Socorro Especializado e Unidade Mista;
- Prestadores que oferecem Assistência Hospitalar cadastrados no sistema RPS/ANS, vinculados a produtos ativos com cobertura hospitalar.

[7] Para o item da RI DIPRO “Média de consultas em pronto socorro/dia que não geram internação”, as operadoras foram orientadas a informar a média de consultas/dia no mês de todos os atendimentos em pronto-socorro que não evoluíram para internação, seja relacionado ou não à COVID-19.

[8] Para o item da RI DIPRO “Evolução de Autorizações Emitidas para SADT” as operadoras foram orientadas a informar o total de autorizações emitidas por mês, independente da efetiva realização do procedimento, em toda a sua rede credenciada, para todo e qualquer exame ligado ou não à COVID-19.

[9] Para o item do formulário de RI DIPRO “Número de internação por SARS (Síndrome Respiratória Aguda Grave) no mesmo período do ano anterior”, as operadoras foram orientadas a considerar o nº de internações pelos códigos da CID 10: J09 a J18; U04 e U04.9. Para o ano de 2020, também foram incluídos os códigos B34.2 e B97.2, específicos para Infecção por Coronavírus.

[10] Para esse item, foi solicitado que as operadoras prestassem informação referente ao total de leitos dos hospitais da rede própria, sem exclusão de nenhum tipo de leito.

[11] Das 109 operadoras, 101 informaram à ANS, até o momento de elaboração do Relatório, os valores de fluxo de caixa via DIOPS e Requisição de Informação, sendo as demais 8 operadoras desconsideradas.

[12] Os valores históricos do DIOPS foram deflacionados pelo IPCA para data-base mar/2020.

[13] O índice de sinistralidade de caixa leva em conta os dados de fluxo de caixa. Não deve ser confundido com o índice de sinistralidade contábil mensurado sob o regime de competência, que segue metodologia própria. Os índices de sinistralidade de caixa foram calculados pela média e mediana dos índices de cada operadora individualmente (não por dados agregados), visando eliminar o viés da amostra pelos maiores valores.

[14] Vide critério de definição de operadora verticalizada na seção 1 deste Relatório.

[15] Cabe o destaque que a operadora pode ter rede própria e não ser verticalizada. O fato relevante é o quanto ela concentra suas despesas na rede própria.

[16] Segundo dados da publicação Prisma/ANS.

[17] Vide Publicação Anual – Observatório 2020 da ANAHP.

[18] Das 109 operadoras selecionadas na amostra, 102 informaram à ANS, até o momento de elaboração deste Relatório, os valores de idade de saldos e contraprestações por período de cobertura via DIOPS e Ris, sendo as demais 7 operadoras desconsideradas.

[19] Os índices médios indicados foram calculados através da média e mediana dos índices de cada operadora individualmente e não utilizando os totais agregados. Empregou-se a metodologia para evitar que os valores apresentados possuíssem maior representatividade para as maiores empresas, pois o objetivo era apresentar a média de toda a amostra de forma uniforme.

[20] Foram desconsiderados diversos registros mapeados como preenchimento inadequado. Considerou-se como preenchimento inadequado os registros onde o total de prêmio emitido não coincidia (considerando uma margem de tolerância de 5%) com a soma dos valores recebidos, a vencer ou vencido. Considerando ser um quadro novo, ainda se observa um número relevante de preenchimentos inadequados que estão sendo tratados pelo setor de acompanhamento financeiro das operadoras.

[21] Foram desconsiderados diversos registros mapeados como preenchimento inadequado. Considerou-se como preenchimento inadequado os registros onde o total de prêmio emitido não coincidia (considerando uma margem de tolerância de 5%) com a soma dos valores recebidos, a vencer ou vencido. Considerando ser um quadro novo, ainda se observa um número relevante de preenchimentos inadequados que estão sendo tratados pelo setor de acompanhamento financeiro das operadoras.

[22] Os índices médios e medianos foram calculados pela média dos índices de cada operadora individualmente (não por dados agregados), visando eliminar o viés da amostra pelos maiores valores.

[23] Dados trimestral até final de 2019 e março de 2020 (formato padrão do DIOPS), e mensais para fevereiro, abril e maio de 2020 (maior granularidade solicitada nas RIs).

[24] (<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/coronavirus-covid-19/coronavirus-todas-as-noticias/5503-ans-disponibiliza-informacoes-sobre-demandas-de-beneficiarios-relacionadas-a-covid-19>)

[25] A pesquisa é feita por palavra-chave, através do resumo das reclamações de beneficiários. As palavras-chave utilizadas foram Covid, Coronavírus, pandemia (e suas variações)

[26] [https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19\\_html/covid-19\\_html.html](https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html)

## DOCUMENTOS RELACIONADOS

Nota Técnica nº 10/2020/DIOPE E DIPRO (SEI nº 16982478) - Relatório COVID-19 de maio de 2020

Nota Técnica nº 11/2020/DIFIS-DIOPE-DIPRO (SEI nº 17168604) - Relatório COVID-19 de junho de 2020





Documento assinado eletronicamente por **Claudia Akemi Ramos Tanaka, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 17/07/2020, às 16:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Thiago Barata Duarte, Assessor(a)**, em 17/07/2020, às 16:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Cesar Brenha Rocha Serra, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIOPE**, em 17/07/2020, às 16:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **FLAVIA HARUMI RAMOS TANAKA, Gerente de Monitoramento Assistencial**, em 17/07/2020, às 16:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho, Diretor(a) de Normas e Habilitação das Operadoras**, em 17/07/2020, às 16:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Marcio Nunes de Paula, Assessor de Informação da DIFIS**, em 17/07/2020, às 17:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Tatiana de Campos Aranovich, Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental**, em 17/07/2020, às 17:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **WILSON MARQUES VIEIRA JUNIOR, Gerente de Direção Técnica**, em 17/07/2020, às 17:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **RODOLFO NOGUEIRA DA CUNHA, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 17/07/2020, às 17:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Andre Luis Fortes Unes, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIFIS (substituto)**, em 17/07/2020, às 17:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **SANYA FRANCO RUELA, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 17/07/2020, às 17:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Mauricio Nunes da Silva, Diretor(a) de Fiscalização (Substituto)**, em 17/07/2020, às 17:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Carla de Figueiredo Soares, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIPRO (substituto)**, em 17/07/2020, às 17:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Rogério Scarabel Barbosa, Diretor(a) de Normas e Habilitação dos Produtos**, em 17/07/2020, às 17:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **JOAO BOAVENTURA BRANCO DE MATOS, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 18/07/2020, às 12:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **17469545** e o código CRC **8D017828**.

Referência: Processo nº 33910.013199/2020-84

SEI nº 17469545