

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

26 de agosto de 2026



ÍNDICE INTERATIVO

[O desafio de transformar infraestrutura hospitalar em estratégia](#) - Fonte: Saúde Business

[Diretor-presidente da ANS destaca importância do combate a fraudes no setor de dispositivos médicos](#) -
Fonte: Gov (ANS)

[Anvisa e Roche informam o cancelamento do registro do medicamento Elevidys® a pedido da empresa](#) -
Fonte: Gov (ANS)

[Planos empresariais concentram 73% da saúde privada](#) - Fonte: Estado de Minas

[Plano de saúde pode ser cancelado sem aviso? O que diz o STJ](#) - Fonte: Veja Saúde

[O que está por trás da explosão de processos contra os planos de saúde](#) - Fonte: Invest News

[Diretor-presidente da ANS defende cuidado centrado na pessoa e transição para modelos baseados em valor](#) - Fonte: Gov (ANS)

[ANS exclui terapias com vestes especiais da cobertura obrigatória para TEA](#) - Fonte: Uol

O DESAFIO DE TRANSFORMAR INFRAESTRUTURA HOSPITALAR EM ESTRATÉGIA

Saúde Business – 26/08/2026

Com recursos limitados e demandas crescentes, hospitais precisam definir prioridades capazes de equilibrar eficiência operacional, atualização de ativos, inovação e qualidade do cuidado.

Por muito tempo, infraestrutura hospitalar foi tratada principalmente como uma área de suporte às operações. Hoje, porém, decisões sobre manutenção, atualização de ativos, tecnologia e expansão estão cada vez mais conectadas à estratégia das organizações de saúde.

O desafio está em definir prioridades diante de necessidades crescentes e recursos limitados, sem comprometer a segurança, a eficiência da operação ou a experiência do paciente.

Para Mohamed Parrini, CEO do Hospital Moinhos de Vento, a infraestrutura está diretamente relacionada à segurança do paciente e à capacidade de sustentar a operação hospitalar. Mais do que uma estrutura física, portanto, trata-se de um componente que interfere na própria capacidade de prestar assistência.

“A infraestrutura é uma área estratégica porque não existe cuidado ao paciente sem estrutura. É uma questão de proteção, tanto para o paciente quanto para o conselho”, afirmou o executivo na Hospitalar 2026.

Essa dimensão estratégica também aparece quando os hospitais precisam definir quais demandas devem ser atendidas primeiro. Em um ambiente de recursos restritos, manter todos os ativos, atualizar estruturas e incorporar novas soluções simultaneamente não é uma possibilidade. A questão passa a ser estabelecer critérios para a alocação do capital.

“As necessidades são grandes, mas os recursos são finitos. O que é fundamental é escolher o que precisa ser executado com base em prioridades claras”, disse Parrini.

O desafio de administrar um backlog crescente

A dificuldade de priorização ganha outra dimensão quando considerada a existência de um backlog de melhorias. Para Júlio Vieira, CEO do Hcor, os hospitais precisam lidar permanentemente com uma diferença entre aquilo que gostariam de realizar e aquilo que efetivamente conseguem financiar.

“Os nossos desejos são sempre maiores do que os recursos disponíveis. Por isso, é necessário um planejamento estratégico alinhado à realidade do dia a dia”, disse o executivo na Hospitalar 2026.

Nesse cenário, a manutenção e a renovação da infraestrutura não podem ser tratadas apenas como despesas futuras. A capacidade de preservar os ativos existentes também está relacionada à sustentabilidade da operação no longo prazo.

Vieira alerta para o risco de defasagem quando os investimentos não acompanham a deterioração dos ativos. “A sustentabilidade exige que olhemos de forma estratégica para onde vamos colocar nosso dinheiro. Para melhorar, o investimento deve ser superior à depreciação”, explicou.

O desafio está justamente em conciliar diferentes necessidades. O hospital precisa investir para crescer, substituir ativos que chegaram ao fim de sua vida útil e, ao mesmo tempo, incorporar inovação. Sem uma definição clara de prioridades, diferentes demandas podem competir entre si sem necessariamente contribuir para os objetivos estratégicos da organização.

“É preciso equilibrar investimentos em crescimento, reposição de ativos depreciados e inovação. A clareza dos objetivos da empresa é fundamental para evitar escolhas erradas”, afirmou Vieira.

Quando a infraestrutura chega ao paciente

A relevância da infraestrutura também pode ser medida pela experiência de quem utiliza o hospital. Para Rogério Quintela Piroto, diretor-geral do Hospital Santa Catarina – Paulista, a discussão não deve se limitar àquilo que o paciente consegue visualizar, mas considerar a disponibilidade e o funcionamento efetivo dos recursos.

“O que é visual é diferente da disponibilidade de um recurso funcionando. A infraestrutura precisa ser atualizada e disponibilizada de forma eficiente para atender às demandas”, destacou o executivo.

Problemas aparentemente operacionais podem, nesse contexto, ter impacto direto sobre a percepção de qualidade. Um elevador indisponível durante semanas ou um sistema de climatização que não funciona adequadamente são exemplos de situações em que uma falha de infraestrutura passa a fazer parte da experiência do paciente, do médico ou da operadora.

“A indisponibilidade de funcionamento da estrutura provoca um efeito contrário na satisfação do cliente. A infraestrutura deve ser funcional para que o cliente não perceba o que não consegue enxergar, garantindo uma experiência positiva”

A perspectiva reforça que eficiência da infraestrutura não significa apenas possuir equipamentos e estruturas modernas. É preciso garantir que esses recursos estejam

disponíveis, funcionando e integrados às necessidades da operação.

Tecnologia e produtividade entram na equação

A discussão sobre infraestrutura também passa pela capacidade de incorporar tecnologia e, principalmente, transformar tecnologia em produtividade. Parrini trouxe para o debate impressões de uma recente viagem à China, destacando uma “ousadia maior” e uma política de estado que prioriza ciência e tecnologia.

Entre os aspectos observados, ele chamou atenção para a velocidade na resolução de problemas e para a capacidade de mobilizar profissionais em torno de determinados desafios, citando o exemplo de 300 engenheiros trabalhando juntos para encontrar soluções em poucos dias.

Outro ponto observado foi a aproximação entre academia, empresas e hospitais, criando condições para o desenvolvimento de tecnologias próprias. A experiência também chamou atenção pela produtividade dos processos.

Em uma situação observada em um tomógrafo, Parrini descreveu um nível elevado de eficiência, marcado por “nenhuma palavra a mais” do que o necessário. A percepção reforça uma questão central para a gestão hospitalar: a tecnologia ganha valor quando está associada à otimização dos processos e à capacidade de produzir resultados com maior eficiência.

Cooperação para ampliar a capacidade de investimento

Se a limitação de recursos é um dos principais desafios da infraestrutura, a cooperação entre instituições aparece como uma alternativa para aumentar a eficiência na utilização do capital.

Vieira citou a criação da Ahfip – Associação dos Hospitais Filantrópicos Particulares como uma iniciativa voltada à busca por ganhos de escala e otimização de recursos por meio de parcerias.

“Nos unimos para ganhar mais potência. Por exemplo, contratamos um operador logístico de insumos no interior e dividimos os custos. Mesmo sendo competidores, podemos cooperar para crescer juntos”, afirmou.

A lógica também se estende à criação de grupos técnicos voltados à discussão e implementação de modelos de negócio mais eficientes. Nesse modelo, a cooperação não elimina a competição entre organizações, mas permite compartilhar determinadas estruturas, conhecimentos ou soluções quando isso pode gerar ganhos para os participantes.

“A cooperação é essencial para enfrentar os desafios do setor e garantir que os recursos sejam utilizados de forma estratégica”, disse.

A infraestrutura hospitalar aponta para uma mudança de perspectiva: não basta administrar o que já existe. É necessário decidir continuamente onde colocar recursos, quais ativos precisam ser preservados ou substituídos, quais tecnologias podem gerar ganhos de produtividade e como a estrutura pode contribuir para uma experiência melhor de cuidado.

Nesse contexto, infraestrutura deixa de ser apenas uma condição para o funcionamento do hospital e passa a integrar a estratégia de sustentabilidade, eficiência e qualidade da organização.

“Em um setor tão desafiador quanto o hospitalar, é fundamental que a infraestrutura seja tratada como prioridade para garantir a segurança do paciente e a eficiência das operações”, finalizou Parrini.

DIRETOR-PRESIDENTE DA ANS DESTACA IMPORTÂNCIA DO COMBATE A FRAUDES NO SETOR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

Gov (ANS) – 25/08/2026

Wadih Damous defendeu maior transparência nas relações entre diferentes agentes e fortalecimento de mecanismos de prevenção a irregularidades

Dez anos após a CPI da Máfia das Próteses, a necessidade de ações para coibir as fraudes voltou ao debate nesta segunda-feira (24/8), durante evento promovido pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), em Brasília. O encontro discutiu os avanços alcançados na última década, os desafios que permanecem e as perspectivas para o enfrentamento de irregularidades relacionadas à utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) no Brasil.

O diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Wadih Damous, ao falar sobre perspectivas, avanços e desafios relacionados ao tema, destacou a importância de combater práticas ilícitas sem generalizar condutas ou atingir indistintamente empresas e profissionais que atuam de forma ética e contribuem para o funcionamento da assistência à saúde no Brasil. “Práticas ilícitas devem ser investigadas, combatidas e punidas com rigor. Elas não podem servir para caracterizar indistintamente empresas e profissionais que atuam de maneira ética e são fundamentais para o funcionamento da assistência à saúde no Brasil.”

Damous ressaltou que o enfrentamento de irregularidades relacionadas ao setor de dispositivos médicos envolve diferentes instituições e áreas de atuação do poder público. Segundo ele, a ANS atua dentro de suas competências legais e regulatórias, em articulação com outros órgãos e instituições, de acordo com suas respectivas atribuições. “É um tema transversal, que envolve distintas instâncias governamentais e instituições, como a Anvisa, o Cade, o Ministério Público e o Tribunal de Contas da União. A ANS pode contribuir para o aprimoramento do ambiente regulatório e para a adoção de mecanismos que favoreçam a prevenção e o enfrentamento de irregularidades no âmbito da saúde suplementar.

O diretor-presidente também chamou atenção para os impactos que práticas irregulares podem produzir sobre a sustentabilidade do sistema de saúde e, principalmente, sobre os beneficiários. “Quando há procedimentos desnecessários ou a utilização inadequada de dispositivos médicos, os impactos podem ultrapassar a dimensão econômica e alcançar diretamente a segurança e a saúde dos pacientes. Por isso, o enfrentamento de irregularidades deve ser prioridade.”

Damous salientou a importância de fortalecer uma cadeia de dispositivos médicos mais transparente, eficiente e sustentável, com foco na qualidade da assistência e na segurança do paciente. Para ele, o aprimoramento das relações entre os diferentes agentes do setor passa pelo compartilhamento responsável de informações e pela construção de processos mais transparentes e passíveis de

auditoria. “É importante estimular o diálogo entre hospitais, operadoras, profissionais de saúde, indústria e distribuidores para favorecer o compartilhamento responsável de informações e o aprimoramento de processos, com maior transparência, eficiência e possibilidade de auditoria. O enfrentamento de fraudes e a sustentabilidade do setor são objetivos convergentes. Quanto maior a transparência, a previsibilidade e a eficiência das relações comerciais e assistenciais, menor o espaço para distorções.”

O evento reuniu representantes do setor de saúde suplementar, de órgãos reguladores, de entidades médicas e especialistas da área da saúde. Os participantes discutiram os avanços obtidos na última década e os desafios que permanecem no enfrentamento às irregularidades relacionadas a órteses, próteses e materiais especiais (OPME).

Sobre a FenaSaúde

Fundada em 2007, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) representa operadoras de planos de assistência médica e odontológica e atua no relacionamento institucional com órgãos reguladores, Poderes constituídos e a sociedade. Entre os temas acompanhados pela entidade estão a judicialização da saúde, a prevenção e o combate às fraudes e a incorporação de novas tecnologias ao sistema.

ANVISA E ROCHE INFORMAM O CANCELAMENTO DO REGISTRO DO MEDICAMENTO ELEVIDYS® A PEDIDO DA EMPRESA

Gov (ANS) – 24/08/2026

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Roche comunicam que, nesta segunda-feira (24/8/2026), foi publicado o cancelamento do registro condicional do medicamento Elevidys® (delandistrogênio moxeparvoveque), a pedido da empresa.

O cancelamento do registro decorre da conclusão de que, até este momento, a totalidade dos dados disponíveis para o Elevidys® não foi suficiente para atender aos requisitos regulatórios vigentes necessários à manutenção do registro condicional.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária esclarece que o cancelamento do registro não altera as obrigações da empresa relacionadas ao acompanhamento dos pacientes previamente expostos ao medicamento nos estudos clínicos e programas existentes, incluindo os pacientes brasileiros que receberam Elevidys® entre dezembro de 2024 e julho de 2025, com monitoramento contínuo de segurança e reporte das informações pertinentes à Anvisa, nos termos da regulação aplicável.

O Elevidys® obteve registro condicional no Brasil em dezembro de 2024. Em julho de 2025, a comercialização do

produto foi suspensa como medida regulatória de precaução, em razão da necessidade de avaliação adicional de aspectos relacionados à segurança. Durante esse período, a Roche apresentou informações complementares e manteve interação contínua com a Anvisa no contexto das obrigações regulatórias associadas ao registro condicional.

A Roche segue empenhada com o programa clínico do Elevidys® e com a apresentação das evidências necessárias. Por sua vez, a Anvisa reafirma sua disposição em avaliar prioritariamente futuras submissões que tragam evidências adicionais, observados os requisitos regulatórios vigentes.

Por fim, as partes reafirmam seu compromisso com a saúde da população e decisões regulatórias fundamentadas nas melhores evidências científicas disponíveis, especialmente no contexto de terapias avançadas destinadas ao tratamento de doenças graves e raras.

Leia a [Resolução 3.332/2026](#) no Diário Oficial da União (DOU).

PLANOS EMPRESARIAIS CONCENTRAM 73% DA SAÚDE PRIVADA

Estado de Minas – 24/08/2026

Atualização do painel de contratantes da ANS reúne dados de empresas, beneficiários e operadoras até dezembro de 2025. Elaine Trovó, gerente comercial da Valeplan Seguros, analisa os critérios técnicos que orientam a contratação de planos de saúde empresariais por empresas de diferentes portes.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou em 9 de julho de 2026 a atualização do Painel de Contratantes de Planos de Saúde Coletivos, que passou a incorporar informações sobre as empresas que contratam assistência médica e planos exclusivamente odontológicos para seus funcionários, com dados referentes até dezembro de 2025. O recurso permite cruzar dados de empresas contratantes, beneficiários, planos e operadoras, considerando variáveis como setor de atividade, porte, tipo de contratação, cobertura assistencial e abrangência geográfica.

A ferramenta chega quando a contratação por pessoa jurídica sustenta a maior parte do mercado. Em junho de 2026, conforme dados da ANS, os planos de assistência médica somavam 53.145.666 vínculos e os exclusivamente odontológicos, 36.711.046. Levantamento anterior da agência mostrou que a participação dos coletivos empresariais na assistência médica passou de 72,2% para 73,1% em doze meses até março de 2026, movimento associado ao emprego formal e às políticas de benefícios das companhias.

O peso desse recorte explica por que o convênio médico empresarial passou a integrar decisões de gestão de pessoas e de orçamento, e não apenas a folha de benefícios. Para Elaine Trovó, gerente comercial da Valeplan Seguros, a escolha exige leitura técnica do grupo a ser coberto. “A contratação de um plano de saúde empresarial exige uma análise que vai além do preço. É importante considerar o perfil dos beneficiários, a região de utilização, a rede credenciada, a abrangência e o tipo de acomodação, além das características de cada modalidade”, afirma.

Critérios que antecedem a assinatura do contrato

A própria reguladora orienta os contratantes a compararem produtos antes de fechar negócio. Entre os pontos listados nas orientações da ANS estão a segmentação assistencial, a área geográfica de atuação, a rede de hospitais, clínicas e laboratórios, as condições de reembolso quando previstas em contrato e a existência de coparticipação. Esses elementos constam do registro do produto na agência e variam entre operadoras e entre planos de uma mesma operadora.

A distribuição geográfica dos beneficiários pesa nessa comparação. Equipes concentradas em uma única cidade levam à avaliação de redes locais, enquanto organizações com filiais em mais de um estado precisam verificar se a abrangência contratada cobre todos os endereços de

atendimento. O perfil demográfico segue a mesma lógica, já que faixas etárias e composição familiar influenciam a demanda assistencial.

Segundo a gerente comercial, o processo de escolha produz efeitos duradouros na relação entre empresa e colaborador. “Ao longo de mais de 20 anos de atuação no mercado de planos de saúde, tenho observado que uma escolha bem orientada ajuda a empresa a encontrar uma solução mais adequada às necessidades de seus colaboradores e à sua realidade”, diz.

Regras específicas para PMEs e empresários individuais

No campo regulatório, o plano de saúde para CNPJ segue parâmetros definidos pela ANS. A contratação de plano coletivo empresarial por empresário individual, categoria que inclui o microempreendedor individual, depende da comprovação de inscrição no órgão competente e de registro ativo na Receita Federal pelo período mínimo de seis meses. A verificação é repetida anualmente, no mês de aniversário do contrato, e a ausência de comprovação pode levar à rescisão pela operadora, com aviso prévio de 60 dias.

A norma também delimita quem pode ser incluído como dependente, respeitados os graus de parentesco previstos na regulamentação: até o terceiro grau consanguíneo, até o segundo por afinidade, além de cônjuge ou companheiro. Contratos que não observam esses requisitos podem ser equiparados, para efeitos legais, a planos individuais ou familiares.

No plano de saúde PME, outro ponto de atenção está no tratamento dado aos contratos de menor porte. Pela regulamentação vigente, as operadoras devem reunir em um agrupamento único os contratos coletivos com menos de 30 beneficiários e aplicar a esse conjunto um percentual único de variação anual, mecanismo destinado a diluir o risco entre carteiras pequenas. Os índices praticados nesses contratos são monitorados pela agência em painel próprio, alimentado trimestralmente pelas operadoras.

Posicionamento das operadoras no segmento corporativo

Entre as alternativas oferecidas a empresas, PMEs e empresários individuais está o Bradesco Saúde Empresarial. Condições de contratação, número mínimo de vidas, abrangência, rede credenciada, acomodação, coberturas e regras de reembolso variam conforme o produto registrado na ANS e devem ser conferidas junto à operadora ou às corretoras habilitadas. Informações comerciais sobre Bradesco Saúde para empresas são reunidas em portais especializados mantidos por corretoras, de natureza informativa e comercial.

A atualização do painel amplia a base de comparação disponível para quem toma essas decisões. Ao reunir dados de empresas contratantes, beneficiários e operadoras segmentados por porte e setor de atividade, a ANS oferece a gestores de recursos humanos e a responsáveis por

benefícios corporativos um retrato mais detalhado de um mercado que responde por mais de 73% dos vínculos de assistência médica no país. A leitura desses indicadores, somada à análise técnica do grupo a ser coberto, orienta contratações mais alinhadas ao perfil de cada organização

PLANO DE SAÚDE PODE SER CANCELADO SEM AVISO? O QUE DIZ O STJ

Veja Saúde – 21/08/2026

Justiça impõe limites à rescisão unilateral de planos coletivos, exigindo motivação e garantindo continuidade de tratamentos essenciais

Recentemente, muitas famílias foram surpreendidas com uma simples notificação de **cancelamento unilateral do contrato de plano de saúde**. Para quem recebe essa notícia durante uma internação, tratamento oncológico ou rotina de terapias de uma criança, a ruptura representa uma ameaça concreta à continuidade do cuidado, gerando **insegurança, atraso e risco clínico**.

O debate sobre cancelamentos de planos de saúde, portanto, não se resume à validade de uma cláusula contratual, mas envolve o direito à informação, a vulnerabilidade do consumidor e o risco de interromper tratamentos que não podem ser pausados sem consequências.

A **rescisão unilateral** dos contratos de planos de saúde coletivos constitui tema de elevada relevância, especialmente porque coloca em tensão dois valores jurídicos igualmente relevantes: de um lado, a liberdade contratual e a preservação do equilíbrio econômico do contrato; de outro, a **proteção da vida**, da saúde e da legítima confiança do consumidor.

Os desafios práticos da troca de cobertura

Neste cenário, o beneficiário é forçado a buscar uma troca via portabilidade de carências ou migração, lidar com novas **regras de carências**, cobertura parcial temporária de doença preexistente e enfrentar custos que não cabem no orçamento familiar.

Há também o impacto prático, ou seja, trocar de cobertura pode significar refazer autorizações com prazos de análise de 21 dias úteis para procedimentos eletivos, apresentar novamente documentos médicos e estabelecer novos vínculos com profissionais e hospitais.

Nesse contexto, os **Temas Repetitivos 1.047 e 1.082 do Superior Tribunal de Justiça** estabelecem parâmetros importantes para a compreensão dos limites da atuação das operadoras de planos de saúde.

O mercado de planos de saúde em números

Em junho de 2026, o Brasil registrava **53,1 milhões de beneficiários em planos privados** de assistência médica,

segundo dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Em um mercado dessa escala, o encerramento de um contrato coletivo atinge empresas, famílias e pacientes que podem precisar substituir rapidamente uma cobertura, uma rede credenciada e vínculos médicos construídos ao longo do tratamento.

O cerne da questão gira em torno da **regulamentação dos planos individuais/familiares e os coletivos**. Nos contratos individuais e familiares, a rescisão unilateral pela operadora é fortemente restringida e, em regra, está ligada a fraude ou inadimplência dentro das condições legais.

Nos contratos coletivos — empresariais ou por adesão — existe maior espaço para regras negociadas entre a operadora e a empresa, associação ou entidade contratante.

O Tema Repetitivo 1.047 do STJ

Por conta disso, em março de 2026, a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) consolidou o Tema Repetitivo 1.047 e estabeleceu que a rescisão unilateral de plano coletivo empresarial com **menos de 30 beneficiários** é válida somente quando acompanhada de motivação idônea.

O Tribunal **não proibiu todo cancelamento**, mas reconheceu que grupos pequenos têm menor poder de negociação e **maior vulnerabilidade**.

A tese representa uma importante mudança de perspectiva em relação à ideia de que a simples previsão contratual seria suficiente para legitimar o encerramento unilateral da relação sem justificativa concreta. O STJ reconheceu que, embora a operadora possua o direito de rescindir o contrato, **esse direito não é absoluto** e deve ser exercido de maneira justificada.

A exigência de motivação idônea merece destaque porque impede que a rescisão seja utilizada de maneira arbitrária. Sob uma perspectiva objetiva, contudo, é possível questionar se a exigência de “motivação idônea” estabelecida no Tema 1.047 é suficientemente precisa.

A tese reconhece a necessidade de justificativa, mas a expressão possui **conteúdo aberto** e dependerá da análise das circunstâncias concretas, o que pode gerar **divergências**.

O Tema Repetitivo 1.082 e a continuidade do tratamento

Outro marco protetivo importante é o Tema Repetitivo 1.082. O STJ definiu que, mesmo após uma rescisão regular de plano coletivo, a operadora deve **garantir a continuidade dos cuidados** assistenciais ao beneficiário internado ou em tratamento médico essencial à sobrevivência ou à integridade física, até a efetiva alta, desde que o titular mantenha o pagamento integral da contraprestação.

Portanto, a proteção não transforma o contrato em vínculo perpétuo, mas impede que a ruptura contratual resulte na interrupção abrupta de tratamento essencial.

Cancelamento por inadimplência: regras específicas

É importante distinguir o cancelamento por inadimplência da rescisão unilateral imotivada. A ANS informa que, nas hipóteses abrangidas pela Resolução Normativa 593/2023, a exclusão ou rescisão por falta de pagamento exige, entre outros requisitos, **pelo menos duas mensalidades não quitadas**, notificação comprovada, além do prazo de dez dias para regularização após a comunicação.

Dessa forma, os Temas 1.047 e 1.082 devem ser compreendidos de maneira **complementar**. O primeiro condiciona a validade para o exercício da resilição unilateral, exigindo motivação idônea nos contratos coletivos empresariais com menos de trinta beneficiários.

O segundo estabelece um limite à eficácia prática da rescisão, **protegendo o beneficiário** que esteja em situação de especial vulnerabilidade decorrente de tratamento médico essencial.

Na mesma linha de proteção, o art. 22 da Resolução Normativa ANS nº 557/2022 também proíbe a **seleção de risco** no momento da contratação.

Em contratos de assistência à saúde, a liberdade contratual não pode ser dissociada da **função social do contrato** e da proteção da pessoa humana.

O equilíbrio econômico do sistema é legítimo e necessário, mas não pode ser alcançado mediante a transferência integral do risco empresarial ao consumidor, evitando a **banalização da rescisão**, especialmente quando este já se encontra submetido a uma situação de doença grave.

O QUE ESTÁ POR TRÁS DA EXPLOÇÃO DE PROCESSOS CONTRA OS PLANOS DE SAÚDE

Invest News – 20/08/2026

Recusa de cobertura, regras que mudam e decisões favoráveis a pacientes transformam os tribunais em parte do setor

Em 2026, o Brasil assistiu a uma inversão histórica: os novos processos judiciais contra operadoras de planos de saúde superaram, em números absolutos, as novas ações movidas contra o Sistema Único de Saúde (SUS). Até o fim de junho, o setor privado de saúde acumulava 181 mil novos processos, contra 164 mil na esfera pública, segundo dados compilados pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

O dado chama ainda mais atenção porque os **planos médicos registravam 53,1 milhões de vínculos** em junho — cobertura equivalente a um quarto da população —, enquanto o SUS atende toda a população do Brasil.

Os números refletem uma dinâmica difícil de resolver.

Para o paciente, esperar por tratamento pode significar o agravamento da doença. Para a operadora, a discussão envolve contrato, evidência científica e uma conta dividida entre milhões de clientes. Para o juiz, resta decidir, muitas vezes em poucos dias, se o pedido é urgente e a fatura deve ser paga.

Os beneficiários chegam aos tribunais com ampla chance de vitória. Um diagnóstico produzido pelo CNJ e pelo Programa

das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) mostra que, entre agosto de 2024 e julho de 2025, a Justiça estadual concedeu 69% das liminares pedidas em ações contra operadoras. Ao final dos processos, 82% das sentenças foram favoráveis aos autores.

O estudo examinou ainda uma amostra de 1.992 processos julgados em primeira instância. Medicamentos ou tratamentos apareciam em 69,4% deles. Em metade de toda a amostra, o procedimento solicitado foi identificado como fora do rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a lista que estabelece a cobertura obrigatória dos planos.

Na leitura do CNJ, perder o controle sobre a judicialização na saúde suplementar tende a reduzir o acesso ao sistema privado e a empurrar beneficiários de volta ao SUS, o que pressiona a rede pública.

O que está sendo vendido

O SUS é uma política pública universal financiada por impostos. **Já a saúde suplementar funciona como um seguro**: as mensalidades formam um caixa coletivo usado para pagar o atendimento de quem precisar. A operadora administra os recursos, cobre suas despesas e busca obter lucro. Nem sempre essa conta fecha.

Se um tratamento que não entrou no cálculo passa a ser pago por decisão judicial, o custo pressiona a margem e pode chegar aos clientes por meio de reajustes. Há limites definidos pela própria ANS.

“A saúde suplementar é um produto, um serviço como qualquer outro. E esse produto tem as suas limitações”, diz Glauce Carvalhal, diretora jurídica da CNseg e da FenaSaúde, instituições que representam as operadoras.

Saúde, porém, não funciona como uma compra comum. O cliente pode passar anos sem usar o serviço e descobrir o alcance real da cobertura justamente quando está vulnerável.

“Muitas vezes a pessoa está assimilando o diagnóstico de alguma doença grave e aí ela recebe uma negativa por parte plano. Geralmente me contatam nessa hora, quando é necessário apoio técnico para entender o que está acontecendo” conta Felipe Brant, advogado especializado na defesa de usuários de planos.

Esse choque de expectativas alimenta os processos. Brant diz que os remédios para doenças ultrarraras que custam milhões de reais, frequentemente usados como exemplo pelo setor, são “a exceção da exceção” em sua rotina.

Os casos mais comuns envolvem quimioterapias, imunoterapias, internações e cirurgias nas quais a auditoria da operadora contesta os materiais solicitados pelo médico. “Não são medicamentos de R\$ 15 milhões a dose.”

A questão do rol

O rol da ANS é central para entender a disputa. Depois de anos de brigas judiciais e debates a respeito do rol e de como ele deveria ser interpretado, o STF estabeleceu no fim de

2025 critérios técnicos para obrigar a operadora a pagar por tratamento ou medicamento fora do rol.

Basicamente, são cinco critérios:

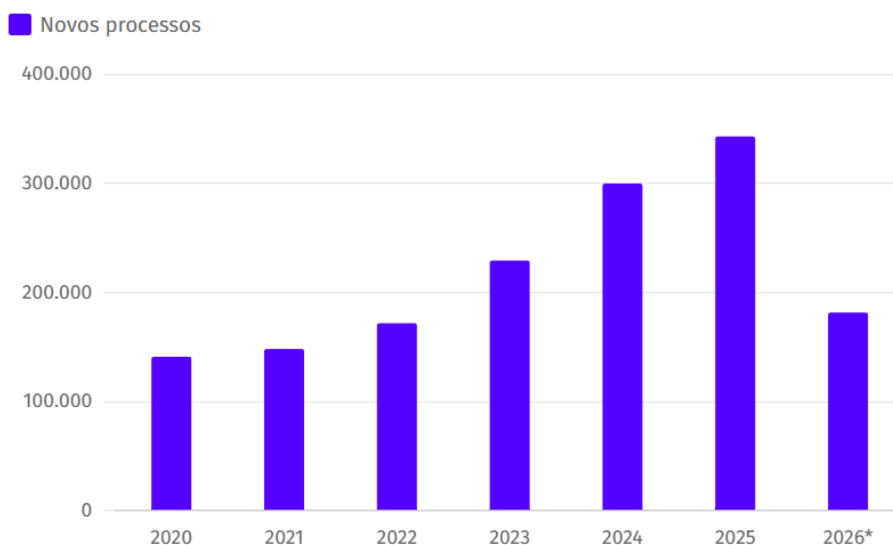
1. **Prescrição técnica:** O tratamento deve ser prescrito por médico ou odontólogo assistente habilitado;
2. **Inexistência de veto da ANS:** Não pode haver negativa expressa de incorporação da tecnologia pela ANS nem pendência de análise em Proposta de Atualização do Rol;
3. **Inexistência de alternativa no rol:** Deve ser comprovada a ausência de outra alternativa terapêutica adequada para a condição clínica do paciente que já esteja incorporada no rol da ANS;
4. **Medicina Baseada em Evidências:** Deve haver comprovação científica robusta de eficácia e segurança do tratamento, respaldada por evidências de alto nível (como ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas ou meta-análises);
5. **Registro sanitário:** O medicamento ou procedimento deve possuir registro ativo na Anvisa.

Glauce Carvalhal, pelo lado das operadoras, espera que a decisão reduza os processos depois de um período de adaptação de um a dois anos.

Brant, por sua vez, enxerga uma aplicação ainda irregular nas instâncias inferiores. Segundo ele, advogados passaram a produzir petições e laudos médicos mais detalhados, mas muitos juízes continuam concedendo a liminar com base no médico que acompanha o paciente.

Novos processos judiciais contra operadoras de planos de saúde

Em 2026, há mais processos sendo abertos contra planos de saúde do que contra o Sistema Único de Saúde (SUS)



Fonte: Conselho Nacional de Justiça — Estatísticas Processuais de Direito à Saúde
Dados de 2026 referem-se ao período até junho.

InvestNews

Enquanto os tribunais começam a aplicar os novos critérios, o peso da judicialização é facilmente percebido no balanço financeiro da maior empresa do setor em vidas atendidas. A Hapvida, que encerrou junho com 8,7 milhões de beneficiários em planos médicos, gastou R\$ 135,4 milhões no segundo trimestre de 2026 para cumprir liminares imediatas. O valor ficou R\$ 37,4 milhões acima do registrado nos três meses anteriores e 60% maior do que no mesmo trimestre de 2025.

Em teleconferência com investidores, o CEO Luccas Adib reconheceu falhas. “Estamos errando na execução e na calibragem de alguns vetores”, afirmou, ao dizer que o modelo de gestão jurídica da empresa não acompanhou o tamanho do desafio e que a companhia levava disputas à última instância de forma indiscriminada.

A baixa disposição para acordo aparece nos números do CNJ. Entre as maiores rés da saúde suplementar, Hapvida e NotreDame Intermédica têm os menores índices de conciliação do mercado, com 2,8% e 2,5% de acordos homologados. O dado não permite saber qual das partes recusou negociar, mas mostra como é raro que o conflito termine por composição.

Em 2024, o Ministério Público de São Paulo abriu um inquérito para apurar o suposto descumprimento de liminares que mandavam fornecer medicamentos e tratamentos. O documento citava ao menos 80 processos e 599 reclamações reunidas no Reclame Aqui e no Procon.

Em nota ao **InvestNews**, a Hapvida afirmou que o inquérito segue em tramitação e que está colaborando com a Promotoria. A empresa informou ainda que avalia acordos e negociações caso a caso, “com base em parâmetros técnicos, contratuais e regulatórios”.

“Paralelamente, está desenvolvendo um programa de aprimoramento operacional com investimentos voltados ao acolhimento, à redução de pontos de fricção e ao aprimoramento da capacidade de resposta”, continua a nota.

A Hapvida avalia que a judicialização constitui “um desafio para a sociedade e para as operadoras que demanda uma legislação e uma regulação mais clara e segura.”

Para as operadoras, prolongar uma disputa pode tornar o tratamento ainda mais caro. Para o paciente, a conta é medida principalmente em tempo. Quem procura a Justiça para obter uma quimioterapia, uma cirurgia ou uma internação costuma estar diante de uma urgência concreta. Mesmo uma decisão favorável pode exigir novas cobranças e bloqueios de recursos da empresa até que o atendimento seja realizado.

O efeito também alcança os demais beneficiários. As despesas são financiadas por um caixa coletivo, e o aumento dos custos pode pressionar margens, reajustes e a própria oferta de contratos. Uma decisão que garante o atendimento de uma pessoa pode, portanto, influenciar o preço e as condições oferecidas a muitas outras. O juiz precisa

considerar a urgência do paciente e os efeitos que sua decisão pode produzir nas contas do plano.

A Justiça virou parte do funcionamento dos planos de saúde no Brasil — um sintoma de que as coisas não vão bem no setor, para nenhuma das partes envolvidas.

DIRETOR-PRESIDENTE DA ANS DEFENDE CUIDADO CENTRADO NA PESSOA E TRANSIÇÃO PARA MODELOS BASEADOS EM VALOR

Gov (ANS) – 19/08/2026

Wadih Damous falou sobre sustentabilidade da saúde suplementar, inovação, ética e inteligência artificial em V Fórum Saúde

A sustentabilidade da saúde suplementar, a melhoria da jornada da pessoa e a transição para modelos de cuidado e remuneração baseados em valor foram alguns dos temas destacados pelo diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Wadih Damous, no V Fórum Saúde, realizado nesta quarta-feira (19/8), em Brasília.

“O desafio da saúde suplementar é construir um equilíbrio que coloque a pessoa no centro. Isso significa garantir sustentabilidade para o setor, mas também assegurar acesso oportuno, qualidade do cuidado e melhores resultados em saúde. A regulação precisa acompanhar essa transformação, estimulando inovação e modelos que valorizem aquilo que realmente importa, a saúde das pessoas”, salientou Damous, no encerramento do evento.

Promovido pela Esfera Brasil em parceria com a EMS, o encontro teve como tema “Soberania e Tecnologia: impulsionando a indústria nacional” e reuniu lideranças dos Três Poderes, da ciência e do setor produtivo.

Atualmente, a saúde suplementar reúne mais de 53 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e cerca de 36,7 milhões de vínculos em planos exclusivamente odontológicos. Para o diretor-presidente da ANS, a sustentabilidade do setor deve estar associada à qualidade da assistência, ao acesso oportuno e ao uso eficiente dos recursos.

Damous realçou a importância de avançar de um modelo assistencial predominantemente baseado em procedimentos para uma abordagem centrada na coordenação do cuidado, atenção primária à saúde, prevenção e resultados clínicos. A diretriz está alinhada à Agenda Regulatória da ANS para 2026-2028, que tem como foco estratégico a centralidade da pessoa.

Nesse contexto, a Agência também estimula modelos de remuneração baseados em valor, que considerem resultados em saúde, qualidade da assistência e experiência da pessoa, além do volume de procedimentos.

Inovação e inteligência artificial

Wadih Damous ressaltou, ainda, o potencial de novas tecnologias, incluindo inteligência artificial e telessaúde, para apoiar a transformação da assistência. A adoção dessas ferramentas deve considerar segurança, transparência, proteção de dados e evidências científicas, com foco na melhoria do cuidado.

Nesse cenário, o padrão TISS (Troca de Informação de Saúde Suplementar) contribui para a interoperabilidade e a organização das informações do setor, além de reduzir a assimetria de informações para os beneficiários.

No debate sobre soberania e tecnologia, Damous destacou a importância de fortalecer a pesquisa, a produção e a inovação em saúde e da articulação entre governo, setor produtivo, instituições de pesquisa e órgãos reguladores.

A participação da ANS no fórum reforçou, assim, a busca por uma saúde suplementar mais sustentável, integrada e orientada para resultados, com o beneficiário no centro da regulação.

V Fórum Saúde

Promovido pela farmacêutica EMS e a Esfera Brasil, o fórum busca aproximar governo, empresas, instituições de pesquisa e órgãos reguladores, em uma discussão sobre os obstáculos atuais e as oportunidades de expansão da indústria da saúde brasileira.

Nesta quinta edição, três painéis foram ministrados sobre os temas da soberania e desenvolvimento industrial; o futuro da inovação regulatória no Brasil e inteligência artificial e nova era da descoberta de medicamentos.

Esfera Brasil

A Esfera Brasil é uma organização criada para fomentar o pensamento e o diálogo sobre o Brasil e um think tank independente e apartidário que reúne empresários, empreendedores e a classe produtiva. Seu objetivo é gerar debates que permitam construir um país melhor por meio do diálogo entre empresas, governos e instituições

ANS EXCLUI TERAPIAS COM VESTES ESPECIAIS DA COBERTURA OBRIGATÓRIA PARA TEA

Uol – 18/08/2026

A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) decidiu que terapias para pessoas com TEA (transtorno do espectro autista) que utilizam vestes especiais, como os métodos TREINI e MIG, não estão sujeitas à cobertura obrigatória pelos planos de saúde. O posicionamento foi formalizado em ofício enviado à Unimed do Brasil após consulta da operadora sobre a obrigatoriedade de custeio dessas abordagens.

O que aconteceu

Decisão foi baseada em uma interpretação da legislação dos planos de saúde. No documento, a ANS afirma que os métodos TREINI e MIG utilizam dispositivos classificados como órteses não vinculadas a ato cirúrgico, categoria que está entre as exclusões previstas na Lei nº 9.656/1998. Por esse motivo, concluiu que os procedimentos que envolvem essas metodologias não integram a cobertura obrigatória dos planos.

Agência fez uma ressalva importante. A ANS reforçou que permanece obrigatória a cobertura de procedimentos indicados por médicos para pacientes com transtornos enquadrados na CID F84, grupo que inclui o autismo. Segundo o órgão, a exclusão se aplica especificamente aos métodos analisados em razão das características dos dispositivos utilizados.

Discussão chegou à agência após provocação da Unimed do Brasil. A cooperativa médica solicitou um posicionamento formal sobre os métodos TREINI e MIG alegando preocupações relacionadas à ausência de evidências científicas robustas e aos possíveis riscos assistenciais envolvidos nas terapias.

Operadora afirma que buscava esclarecimentos regulatórios. Segundo Daniel Januzzi, superintendente jurídico e de governança da Unimed do Brasil, o pedido foi motivado pela necessidade de diferenciar abordagens respaldadas por evidências científicas de metodologias comercializadas sob marcas registradas que, segundo ele, ainda não passaram pelo mesmo nível de avaliação técnica exigido para tecnologias e tratamentos reconhecidos.

Medicina baseada em evidências é o principal argumento da Unimed. A empresa sustenta que novas tecnologias em saúde devem ser avaliadas por critérios técnicos rigorosos antes de serem incorporadas ao rol de cobertura obrigatória. De acordo com Januzzi, a consulta à ANS foi respaldada por pareceres técnicos e por uma análise realizada pelo NATS (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde) da própria Unimed.

Nota técnica elaborada pelo núcleo diz que identificou três estudos publicados sobre o MIG (Método de

Integração Global). O documento reconhece que os trabalhos apontaram possíveis melhorias em aspectos como desempenho funcional, comunicação e satisfação das famílias, mas conclui que as pesquisas apresentam "limitações metodológicas importantes". O Grupo Treini, no entanto, encaminhou outros estudos ao UOL e afirma que há nove artigos e 60 livros publicados sobre o MIG.

Conclusão da análise é de "cautela". Para a Unimed, as evidências atualmente disponíveis não permitem afirmar com segurança que os benefícios observados sejam consequência direta do método. A operadora argumenta que ainda são necessários estudos mais robustos para comprovar eficácia e segurança da abordagem.

A própria ANS, porém, não entrou nesse mérito. No ofício enviado à Unimed, a agência afirma que não é sua atribuição determinar se um tratamento é eficaz ou seguro à luz da medicina baseada em evidências. Segundo o órgão, discussões sobre evidências científicas e riscos assistenciais devem ser tratadas pelos conselhos profissionais competentes.

O que são os métodos?

Método TREINI se apresenta como uma abordagem interdisciplinar de reabilitação e neurodesenvolvimento. Desenvolvido para crianças e adolescentes com condições como autismo, paralisia cerebral, mielomeningocele e síndrome de Down, o programa afirma combinar conceitos de neurociência, aprendizagem motora, funcionalidade e participação familiar em um modelo intensivo de intervenção.

Já o MIG (Método de Integração Global) é voltado especificamente para crianças, adolescentes e jovens com TEA. Apresentado pelo Grupo Treini como um programa intensivo e interdisciplinar, o método combina avaliação, psicoterapia, reeducação e reabilitação. Segundo a empresa, a proposta é integrar estratégias comportamentais, aprendizagem motora e participação ativa da família para estimular habilidades e a autonomia dos pacientes.

Tecnologia é um dos elementos centrais da proposta. De acordo com o site do Grupo Treini, responsável pelas metodologias, as atividades do TREINI e do MIG são realizadas em um ambiente chamado "Cidade do Amanhã", que simula situações do cotidiano, e utilizam o exoesqueleto TREINI Exoflex, descrito pela empresa como um recurso de suporte biomecânico e melhora proprioceptiva.

Grupo afirma que as metodologias são baseadas em evidências científicas. Em sua apresentação institucional, o Treini sustenta que a abordagem contribui para ganhos

funcionais, desenvolvimento global, ampliação da autonomia e melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Uso do exoesqueleto está no centro da decisão da ANS. Ao analisar os métodos TREINI e MIG, a agência considerou que os dispositivos empregados nas terapias se enquadram como órteses não ligadas a procedimentos cirúrgicos. Esse entendimento foi determinante para afastar a obrigatoriedade de cobertura pelos planos de saúde.

O Grupo Treini contesta a interpretação do ofício da ANS. A empresa afirma que as vestes utilizadas nas terapias são apenas recursos auxiliares dentro de programas clínicos multiprofissionais, e não produtos que devam ser fornecidos pelos planos. A empresa sustenta que os dispositivos têm registro na Anvisa, que os métodos contam com publicações científicas e reconhecimento do COFFITO e que o próprio STJ já decidiu pela cobertura em sessões de fisioterapia e terapia ocupacional (*veja a manifestação abaixo*).

Decisão não impede ações na Justiça, diz especialista

Manifestação da ANS tem alcance limitado. Segundo a advogada Adriana Monteiro, especialista em direitos da pessoa com deficiência e autismo, o ofício responde a uma consulta específica feita pela Unimed do Brasil e não altera o Rol de Procedimentos da agência. Ela avalia, porém, que o documento pode passar a ser utilizado pelas operadoras como justificativa técnica para negar administrativamente a cobertura das terapias.

Análise judicial continua sendo possível. A própria ANS reconhece no ofício que permanece em vigor a regra que tornou obrigatória a cobertura de métodos indicados pelo médico assistente para pacientes com TEA. Na visão da especialista, cabe ao Judiciário avaliar, caso a caso, como conciliar essa previsão com a exclusão legal de órteses não ligadas a ato cirúrgico.

Enquadramento do equipamento não encerra a discussão, avalia Monteiro. Ela argumenta que os tribunais podem analisar se os dispositivos utilizados são apenas órteses ou se fazem parte de um programa terapêutico multiprofissional mais amplo. Segundo a advogada, essa distinção pode influenciar o entendimento sobre a obrigatoriedade de cobertura em cada processo.

Competência sobre evidências científicas também é alvo de debate. Monteiro afirma que o próprio ofício da ANS deixa claro que a agência não tem atribuição para decidir se um tratamento é eficaz ou seguro à luz da medicina baseada em evidências. Na avaliação dela, essa análise cabe aos conselhos profissionais e, quando houver controvérsia, ao Judiciário, com base em provas técnicas e na situação individual de cada paciente.

Entendimento pode ter efeitos além dos métodos analisados. Embora o ofício mencione expressamente apenas os programas TREINI e MIG, a advogada afirma que a fundamentação adotada pela ANS poderá ser usada por

operadoras para negar cobertura de outros tratamentos que utilizam vestes terapêuticas semelhantes.

Famílias ainda podem buscar alternativas jurídicas. Monteiro recomenda que pacientes que receberam negativa do plano solicitem a decisão por escrito, reúnam relatório médico detalhado justificando a necessidade da terapia e procurem orientação jurídica para avaliar eventual ação judicial, inclusive com pedido de tutela de urgência quando houver risco de interrupção do tratamento.

O que diz o Grupo Treini

O Grupo Treini contesta a interpretação de que o ofício da ANS afaste a cobertura. A empresa afirma que as vestes utilizadas nas terapias são recursos auxiliares das sessões e não equipamentos que os planos de saúde devam fornecer ou adquirir para os pacientes.

A veste terapêutica não consta na lista de órteses não implantáveis da ANS e possui registro vigente na Anvisa como suporte de posicionamento de classe de risco I. Ela funciona como um instrumento coadjuvante na execução de sessões de fisioterapia e terapia ocupacional em ambiente multidisciplinar, cuja cobertura é obrigatória por lei e sem limite de sessões, conforme já cancelado pelo Superior Tribunal de Justiça no julgamento do REsp nº 2.157.765/SE.

-- Grupo Treini, em manifestação enviada ao UOL.

A empresa afirma que há evidências científicas sobre os métodos. Segundo a manifestação, TREINI e MIG possuem estudos publicados em periódicos nacionais e internacionais, incluindo ensaios clínicos randomizados, além de pesquisas observacionais e outros trabalhos. O grupo afirma que os resultados disponíveis apontam benefícios em aspectos como funcionalidade, desempenho motor, equilíbrio, mobilidade e participação.

O reconhecimento profissional é outro argumento apresentado pelo grupo. A empresa cita acórdãos do Coffito que reconhecem o uso de recursos cinesioterapêuticos intensivos e de vestes terapêuticas por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Com base nisso, contesta a caracterização dos métodos como tratamentos experimentais.

A fundamentação jurídica do precedente do STJ afasta a tese de órtese. No julgamento do REsp nº 2.157.765/SE (sob relatoria da ministra Nancy Andrighi), a Terceira Turma do STJ assentou que o dispositivo (veste terapêutica) não se enquadra na exclusão de órtese não cirúrgica prevista na Lei dos Planos de Saúde. O Tribunal entendeu que, por possuir registro na Anvisa como suporte de posicionamento e funcionar como técnica coadjuvante nas sessões de terapia de cobertura obrigatória (conforme a RN ANS nº 539/2022), a sua utilização clínica deve ser integralmente assistida.

A empresa afirma que o ofício da ANS não mudou as regras de cobertura. Para o Grupo Treini, a manifestação tem caráter opinativo e foi produzida em resposta a uma

consulta específica, sem alterar o Rol de Procedimentos. A companhia sustenta que as regras vigentes continuam garantindo a cobertura de métodos ou técnicas indicados pelo médico assistente para pacientes com transtornos enquadrados na CID F84.

O grupo considera que eventuais negativas baseadas apenas no ofício podem ser contestadas. A empresa afirma que o direito à cobertura das sessões de fisioterapia e terapia ocupacional com os métodos permanece amparado pela legislação e por decisões judiciais, e diz que está à disposição para prestar esclarecimentos às famílias, operadoras e órgãos reguladores.

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

© 2026 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.