

Março 2015

Caderno de Informação
da Saúde Suplementar
Beneficiários, Operadoras e Planos



15
anos

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES)
Av. Augusto Severo, 84, Glória
CEP: 20021-040, Rio de Janeiro - RJ
Tel.: +5521 2105 0000
Disque ANS: 0800 701 9656
<http://www.ans.gov.br>
ouvidoria@ans.gov.br

Diretoria Colegiada da ANS

Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES

Diretoria de Fiscalização - DIFIS

Diretoria de Gestão - DIGES

Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO

Gerência-Executiva de Produção e Análise da Informação – GEPIN/
DIDES

Coordenação:

Gerência-Executiva de Produção e Análise da Informação -
GEPIN/DIDES

Projeto gráfico:

Gerência de Comunicação Social - GCOMS/DICOL

Fotografia (capa): Getty Image

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica - Caderno de Informação da Saúde Suplementar

Caderno de Informação da Saúde Suplementar : beneficiários, operadoras e planos /
Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Ano 1 (mar. 2006)– . – Rio de
Janeiro : ANS, 2006-
v.; 30 cm.

Trimestral.

Substituição de: Caderno de Informação de beneficiários, operadoras e planos:
dados do setor.

Disponível também online em:

<<http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoess/informacoess.asp>>

ISSN 1981-3627

1. Saúde Suplementar. I. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).

APRESENTAÇÃO

O *Caderno de Informação da Saúde Suplementar* está em fase de reformulação e a primeira edição de 2015, que consolida o ano de 2014, apresenta novidades. Além do novo layout, a publicação incorporou grande parte do conjunto de informações disponibilizadas anteriormente no *Foco – Saúde Suplementar* e passa a contar também com dados sobre atendimentos ao público realizados pelos canais de relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). As mudanças pretendem dar mais dinamismo à publicação, concentrando os dados de interesse do setor em um só documento.

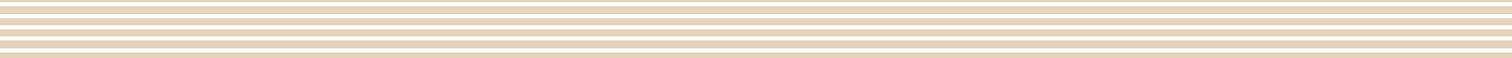
Entre dezembro de 2013 e dezembro de 2014 houve incremento no número de beneficiários da saúde suplementar. No segmento médico-hospitalar, o total de beneficiários alcançou os 50,8 milhões de vínculos, tendo aumentado 2,55% em relação ao ano anterior. Entre os planos exclusivamente odontológicos o percentual foi ainda maior – 5,59% - no mesmo período – totalizando, em dezembro de 2014, 21,4 milhões de beneficiários. Ao longo de 2014 também pode ser observada uma maior taxa de rotatividade entre planos de saúde das medicinas de grupo. Além disso, esta foi a única modalidade de operadora a apresentar um maior número de cancelamentos comparado ao número de adesões. No que se refere à receita de contraprestações de operadoras médico-hospitalares, o montante ultrapassou R\$ 125 bilhões em 2014, dos quais R\$ 106 bilhões (85%) foram gastos com despesas assistenciais. Entre as operadoras exclusivamente odontológicas, a receita de contraprestações alcançou a marca de R\$ 2,7 bilhões em dezembro de 2014, dos quais 46% foram gastos com despesas assistenciais, no mesmo período.

Informações mais detalhadas e séries históricas sobre o setor de planos privados de assistência à saúde podem ser consultadas no site www.ans.gov.br, por meio do tabulador de dados ANS Tabnet, ou transferidas em arquivos para serem processados pelos próprios usuários.

Boa leitura!

SUMÁRIO

Perfil do Setor	7
Beneficiários	8
Operadoras e planos de saúde	20
Atenção à saúde	28
Atendimento ao público	32
Fiscalização	34
Indicadores Econômicos	43
Termos Técnicos	57



BENEFICIÁRIOS

BENEFICIÁRIOS

Em dezembro de 2014, o cadastro da ANS registrou 50,8 milhões de vínculos a planos privados de assistência médica. Os planos exclusivamente odontológicos, por sua vez, registraram 21,4 milhões de vínculos de beneficiários (Tabela 1 e Gráfico 1).

Tabela 1 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil - 2000-2014)

Data	Assistência médica com ou sem odontologia	Exclusivamente odontológico
dez/00	31.161.481	2.603.001
dez/01	31.727.080	3.062.681
dez/02	31.513.309	3.677.782
dez/03	32.074.667	4.325.568
dez/04	33.840.716	5.312.915
dez/05	35.441.349	6.204.404
dez/06	37.248.388	7.349.643
dez/07	39.316.313	9.164.386
dez/08	41.468.019	11.061.362
dez/09	42.561.398	13.253.744
dez/10	44.921.064	14.507.721
dez/11	46.145.515	16.931.998
dez/12	47.894.565	19.016.669
dez/13	49.545.919	20.275.966
dez/14	50.809.249	21.410.359

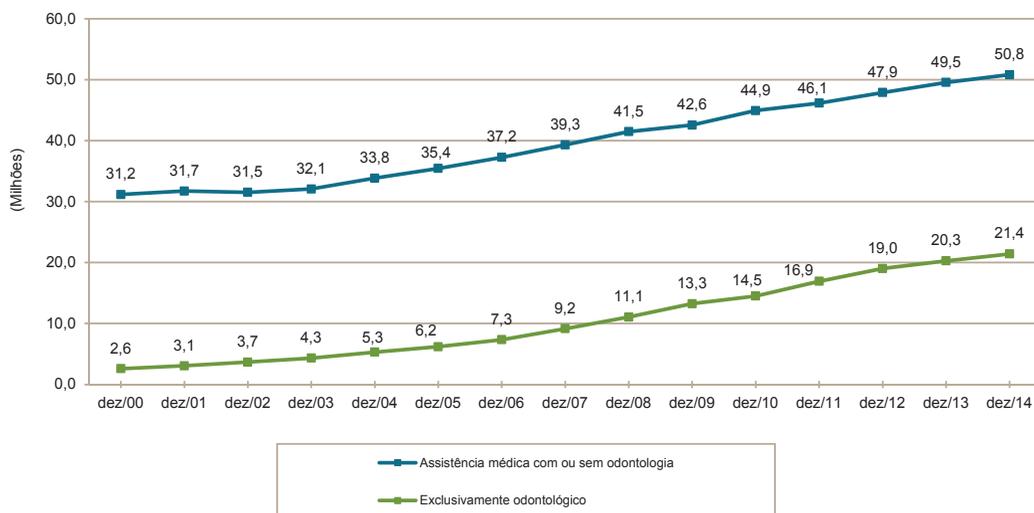
Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2014

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2015

Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Gráfico 1 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil - 2000-2014)



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2014

Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março/2015

Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

A Tabela 2 apresenta os números de beneficiários de planos privados de assistência médica e exclusivamente odontológica, por tipo de contratação nos últimos 12 meses. Já a Tabela 3 apresenta a taxa de variação do número de beneficiários, para o mesmo período. No período de dezembro de 2013 a dezembro de 2014 os planos coletivos apresentaram uma variação positiva de 3,17%, com maior incremento entre os planos coletivos empresariais. Também é observado crescimento entre os planos individuais no mesmo período (0,94%), inclusive revertendo a variação negativa observada no trimestre anterior.

Tabela 2 - Beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação do plano, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - dezembro/2013-dezembro/2014)

Cobertura assistencial do plano	Total	Coletivo				Individual	Não informado
		Total	Empresarial	Por adesão	Não identificado		
Assistência médica com ou sem odontologia							
dez/13	49.545.919	39.206.371	32.631.708	6.561.889	12.774	9.895.601	443.947
mar/14	49.802.234	39.466.226	32.841.101	6.612.602	12.523	9.910.861	425.147
jun/14	50.046.193	39.670.344	33.033.710	6.624.249	12.385	9.973.564	402.285
set/14	50.359.093	40.003.442	33.349.278	6.641.668	12.496	9.972.779	382.872
dez/14	50.809.249	40.450.037	33.703.701	6.733.718	12.618	9.988.596	370.616
Exclusivamente odontológico							
dez/13	20.275.966	16.661.876	14.808.241	1.848.516	5.119	3.519.496	94.594
mar/14	20.376.397	16.750.375	14.910.890	1.834.113	5.372	3.544.369	81.653
jun/14	20.685.168	16.888.410	15.130.906	1.752.415	5.089	3.717.615	79.143
set/14	20.921.712	17.176.545	15.435.642	1.735.726	5.177	3.670.648	74.519
dez/14	21.410.359	17.546.462	15.791.007	1.750.328	5.127	3.790.669	73.228

Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2014

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Março/2015

Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Tabela 3 - Taxa de variação do número de beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação do plano, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - dezembro/2014)

Cobertura assistencial do plano	Total	Coletivo				Individual	Não informado
		Total	Empresarial	Por adesão	Não identificado		
Assistência médica com ou sem odontologia							
Em um ano (dez/13 - dez/14)	2,55	3,17	3,29	2,62	-1,22	0,94	-16,52
No trimestre (set/14 - dez/14)	0,89	1,12	1,06	1,39	0,98	0,16	-3,20
Exclusivamente odontológico							
Em um ano (dez/13 - dez/14)	5,59	5,31	6,64	-5,31	0,16	7,70	-22,59
No trimestre (set/14 - dez/14)	2,34	2,15	2,30	0,84	-0,97	3,27	-1,73

Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2014

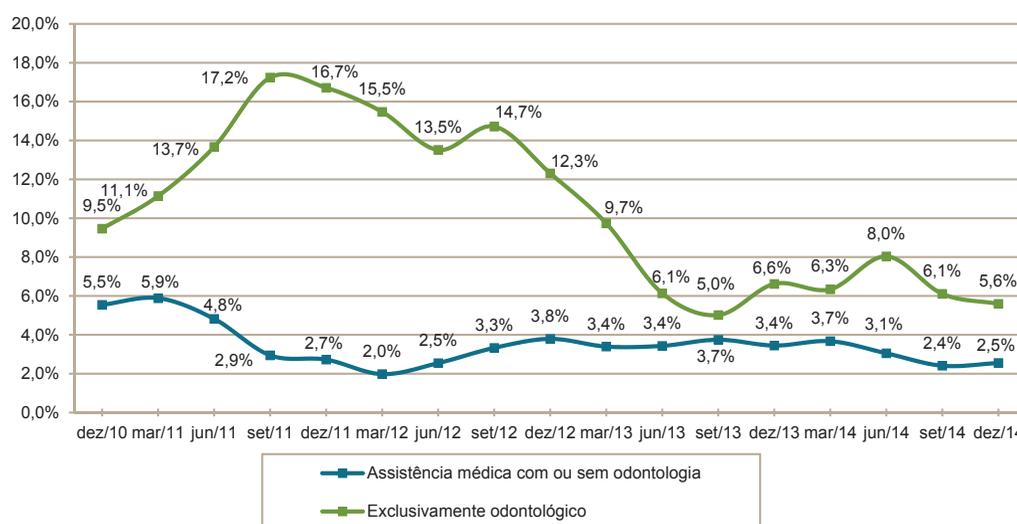
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2015

Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

A análise das taxas de crescimento acumuladas, ao longo do período compreendido entre 2010 e 2014, permite observar para o número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos que as mesmas apresentam uma tendência à estabilização em um patamar inferior ao dos anos anteriores – 6,6% no último ano. Por sua vez, as taxas de crescimento do número de beneficiários de planos privados de saúde médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, terminaram o ano com uma redução de 0,9 pontos percentuais - inferior à observada em dezembro de 2013 -, após leve crescimento no primeiro trimestre de 2014 (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Taxa de crescimento anual do número de beneficiários de planos de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - dezembro/2010-dezembro/2014)



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2014

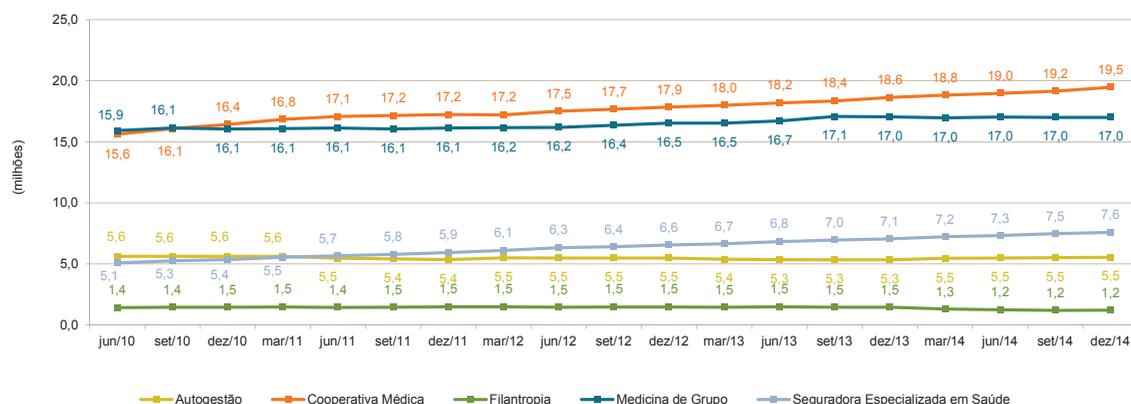
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2015

Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

As operadoras filantrópicas terminaram o ano como a única modalidade de operadoras a ter o número total de beneficiários reduzido – tendo passado de 1,5 milhão de beneficiários em janeiro de 2014 para 1,2 milhão de beneficiários em dezembro de 2014. O maior crescimento durante todo o ano de 2014 foi observado entre as Seguradoras Especializadas em Saúde, com um incremento de 7%.

Gráfico 3 - Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora (Brasil - junho/2010-dezembro/2014)



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2014

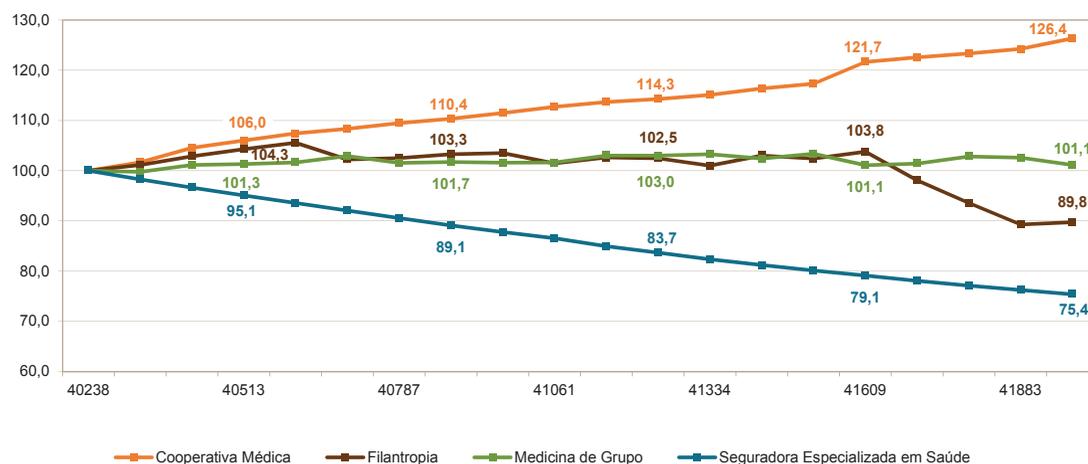
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2015

Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

No acumulado dos últimos 4 anos, as Cooperativas Médicas foram a modalidade de operadora que apresentou o maior índice de beneficiários em planos individuais, registrando um crescimento de 126,4%, seguida das Medicinas de Grupo (101,1%). Como já mencionado, destaca-se a queda abrupta do índice acumulado para as Filantropias após dezembro de 2013.

Gráfico 4 - Número-índice de beneficiários em planos individuais de assistência médica, segundo a modalidade da operadora (Brasil - março/2010-dezembro/2014)



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2014

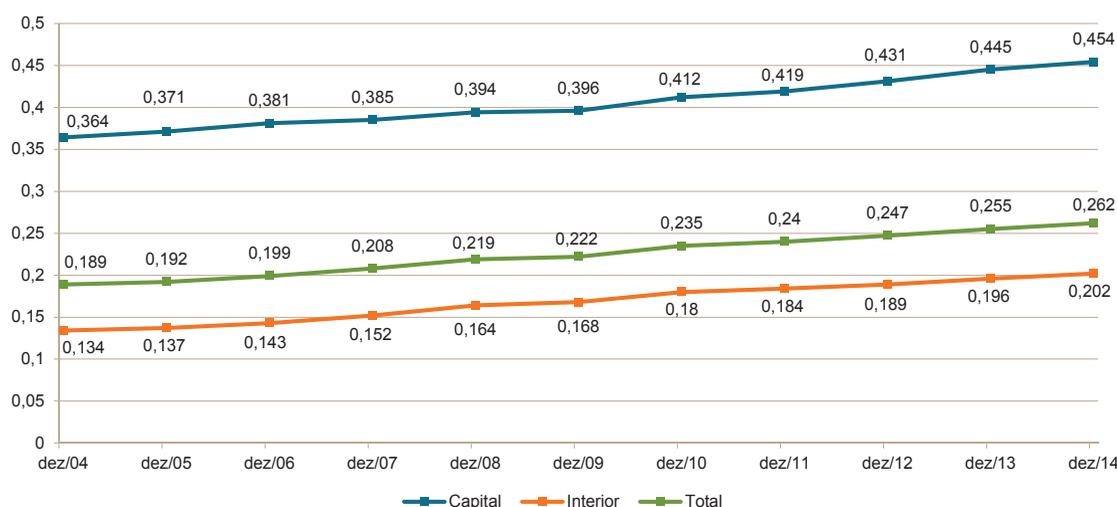
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2015

Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

O comportamento da taxa de cobertura dos planos de assistência médica é semelhante na comparação entre os municípios das capitais e os do interior. A taxa de cobertura nas capitais atingiu 45,4% em dezembro de 2014, taxa mais alta já observada nos últimos 10 anos. Embora no interior a cobertura seja menor (20,2%), também foi observada a manutenção da tendência de crescimento observada nos últimos 10 anos para a cobertura por planos privados de saúde no país.

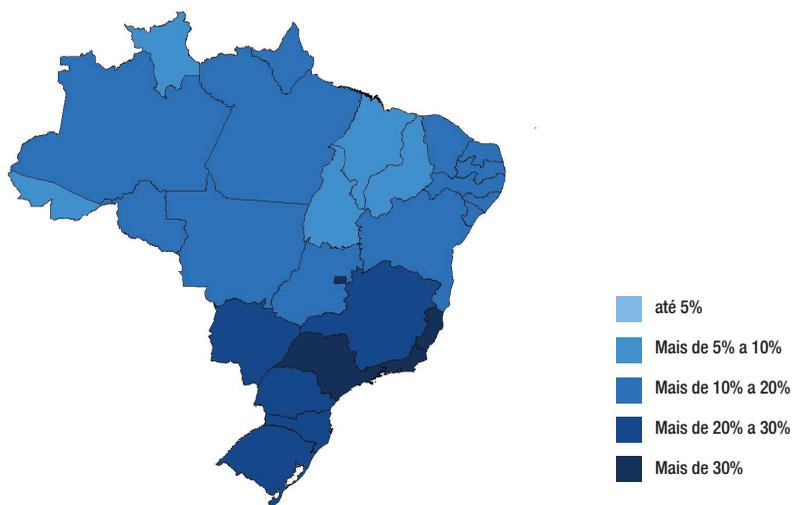
Gráfico 5 - Taxa de cobertura dos planos de assistência médica, por localização (Brasil - dezembro/2004-dezembro/2014)



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2014 e IBGE - Estimativas populacionais de 2012 estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus. Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março/2015

Em termos de taxa de cobertura dos planos privados de assistência médica por regiões e unidades da federação, é possível observar que as maiores taxas de cobertura encontram-se na Região Sudeste, seguidas pela Região Sul. As UFs com os maiores percentuais de cobertura são São Paulo (45,3%), Rio de Janeiro (38,6%) e Distrito Federal (35,0%). Já as unidades da federação com as menores taxas de cobertura estão distribuídas nas regiões Norte e Nordeste, Acre (6,2%), Tocantins (7,4%), Maranhão (7,4%) e Roraima (8,3%).

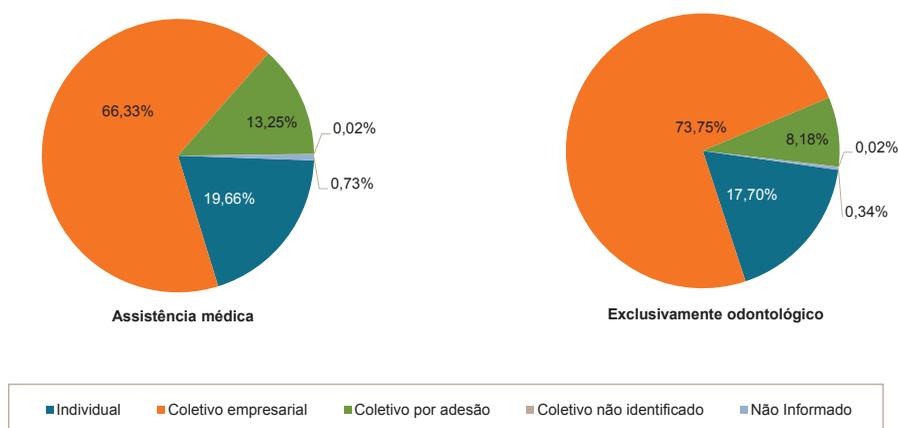
Mapa 1 - Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2014 e IBGE - Estimativas populacionais de 2012 estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datusus. Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março/2015

Quando analisados os beneficiários dos planos privados de saúde por tipo de contratação, tem-se que os planos coletivos mantêm a tendência de maior participação percentual, representando em dezembro de 2014, 80% do total. Entre os beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, a participação dos coletivos chega a 82%, com uma participação de beneficiários em planos individuais de 17,7%.

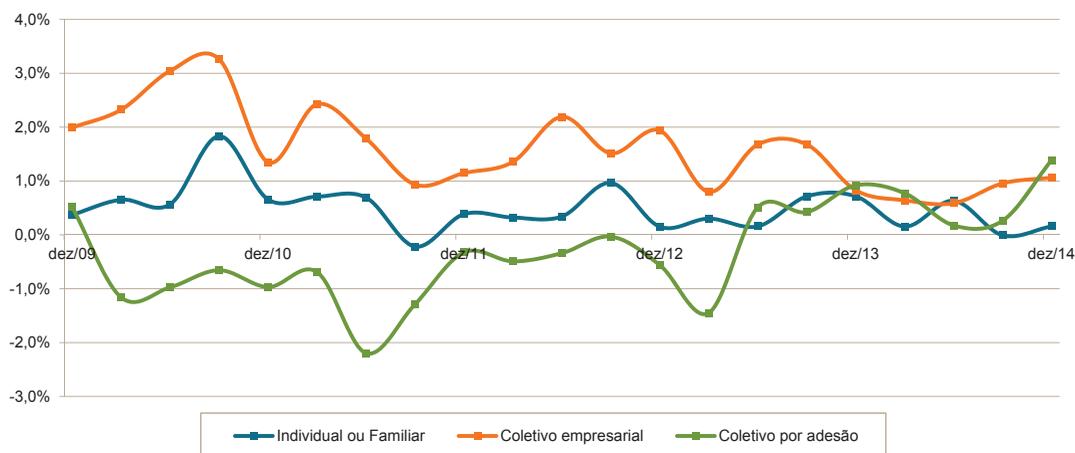
Gráfico 6 - Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de saúde, por tipo de contratação, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - dezembro/2014)



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2014
Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março/2015

Ao contrário do observado no trimestre anterior, no quarto trimestre de 2014, a taxa de variação trimestral dos planos coletivos empresariais de assistência médica manteve-se estável (1,1%), enquanto a observada entre os planos coletivos por adesão alcançou o patamar de 1,6%.

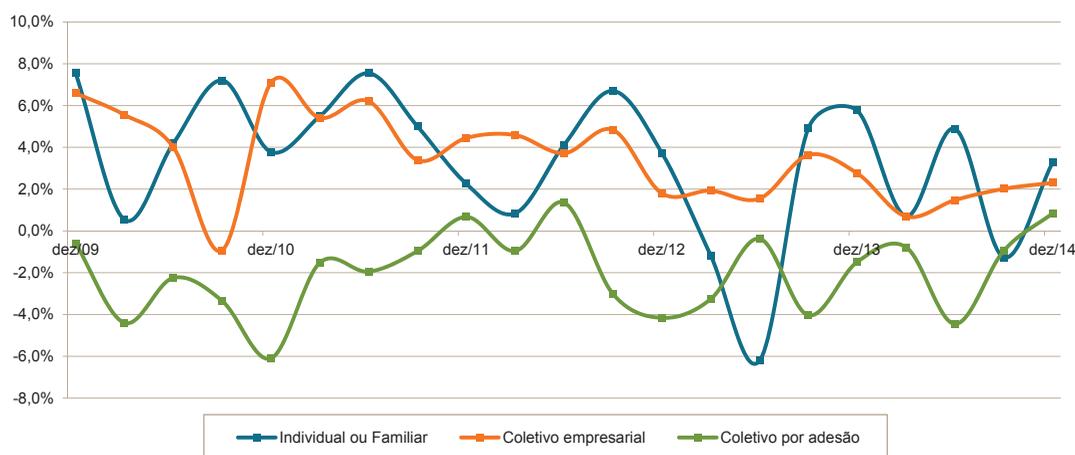
Gráfico 7 - Taxa de variação trimestral do número de beneficiários em planos de assistência médico-hospitalar por tipo de contratação do plano (Brasil - dezembro/2009-dezembro/2014)



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2014
Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março/2015

No último trimestre de 2014 as taxas de variação do número de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos observaram valores positivos em todos os tipos de contratação, revertendo assim os valores negativos observados no trimestre anterior.

Gráfico 8 - Taxa de variação trimestral do número de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos por tipo de contratação do plano (Brasil - dezembro/2009-dezembro/2014)

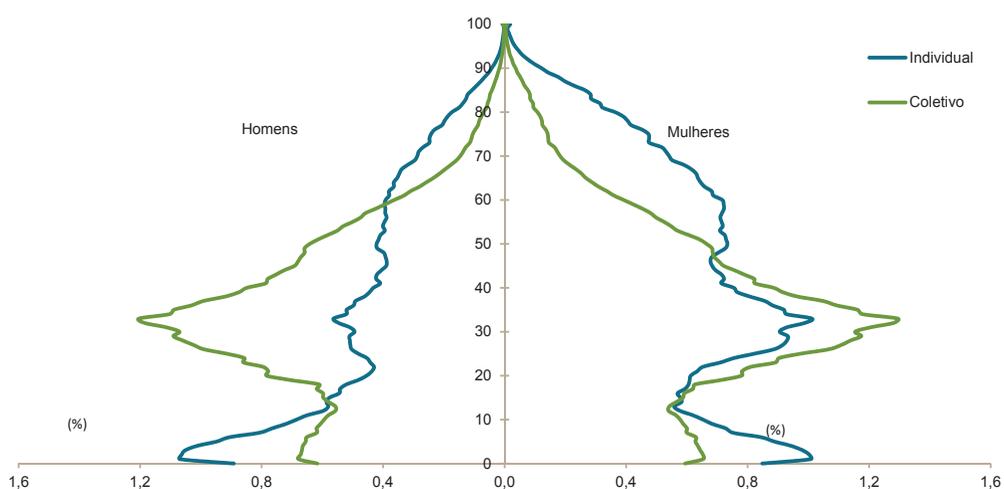


Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2014
Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março/2015

Com relação à pirâmide etária por faixa etária e sexo dos beneficiários da saúde suplementar, observa-se que há maior participação de mulheres com 50 anos e mais em planos individuais, quando comparada à população masculina na mesma faixa etária. Por outro lado, nos planos coletivos a distribuição por idade e por sexo é similar.

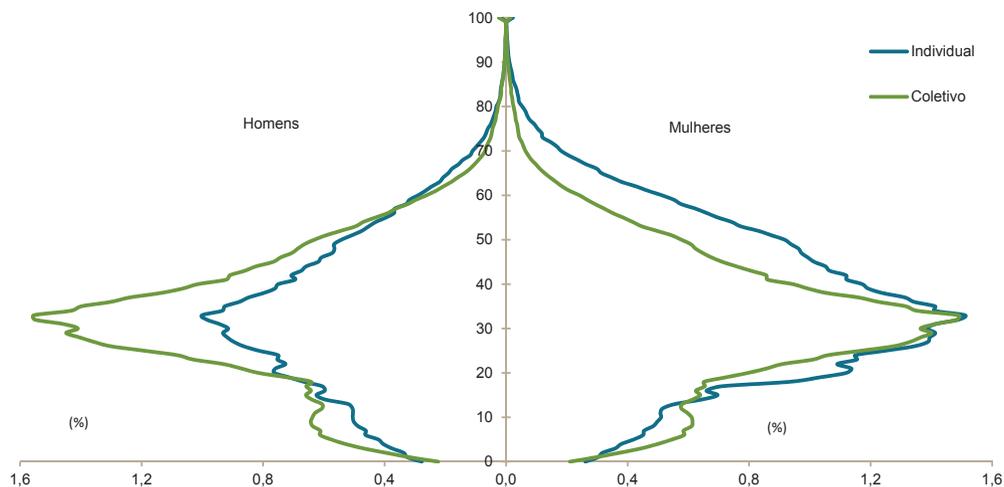
Distintamente, entre beneficiários de planos exclusivamente odontológicos a composição da estrutura etária por tipo de contratação e sexo é diferente do observado entre os beneficiários de planos e assistência médico-hospitalar. A maior participação percentual, tanto nos planos individuais, quanto nos coletivos, é de beneficiários em idade ativa - entre 20 e 50 anos de idade, com preponderância dos homens nos planos coletivos nesta faixa etária.

Gráfico 9 - Pirâmide etária do percentual de beneficiários de planos de assistência médico-hospitalar por tipo de contratação do plano e sexo (Brasil - março/2015)



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2014
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Março/2015

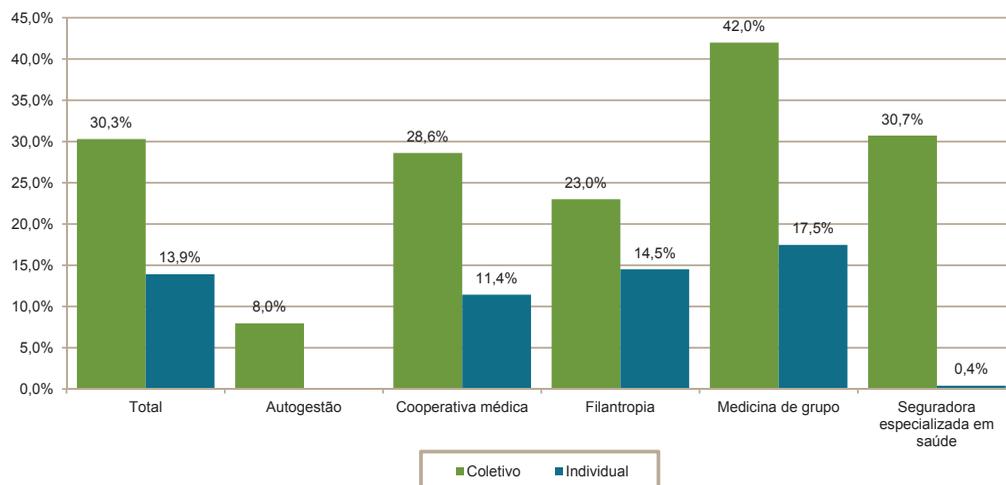
Gráfico 10 - Pirâmide etária do percentual de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos por tipo de contratação do plano e sexo (Brasil - março/2015)



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2014
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março/2015

A tendência de maior rotatividade entre os planos de assistência médica de contratação coletiva se manteve em 2014, quando comparados aos planos individuais (Gráfico 11). Entre os planos coletivos, a modalidade que apresentou as maiores taxas de rotatividade foi a Medicina de Grupo (42%), seguida das Seguradoras Especializadas em Saúde (30,7%). Nos planos individuais, as Medicinas de Grupo também ocupam a primeira posição nas taxas de rotatividade, seguidas pelas Filantropias, com 14,5%.

Gráfico 11 - Taxa de rotatividade dos planos de assistência médica, por tipo de contratação do plano, segundo modalidade da operadora (Brasil - janeiro-dezembro/2014)



Fonte: SIB/ANS/MS - 03/2015

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Março/2015

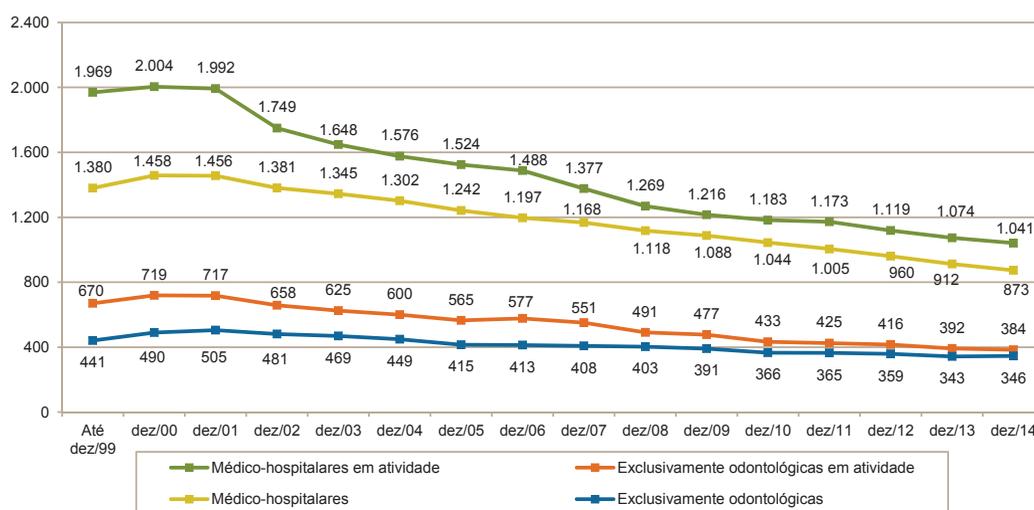
Nota: A taxa de rotatividade mede o percentual dos vínculos substituídos no período em relação ao total existente no primeiro dia do período. O cálculo da taxa de rotatividade é realizado utilizando o menor valor entre o total de adesões e de cancelamentos em um período especificado.

Operadoras e Planos de saúde

OPERADORAS E PLANOS DE SAÚDE

O número de operadoras em atividade apresentou redução gradativa a partir da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar em 2000. Desde então, o número de operadoras médico-hospitalares em atividade foi reduzido à metade, como pode ser observado no Gráfico 12. Em dezembro de 2014, havia 1.425 operadoras com registro ativo, das quais 1.219 possuíam beneficiários cadastrados, sendo destas 873 médico-hospitalares e 346 exclusivamente odontológicas. De janeiro a dezembro de 2014, ocorreram 43 registros de operadoras e 84 operadoras tiveram seus registros cancelados (Tabela 4).

Gráfico 12 - Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - dezembro/1999-dezembro/2014)



Fontes: SIB/ANS/MS - 12/2014 e CADOP/ANS/MS - 12/2014
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março/2015

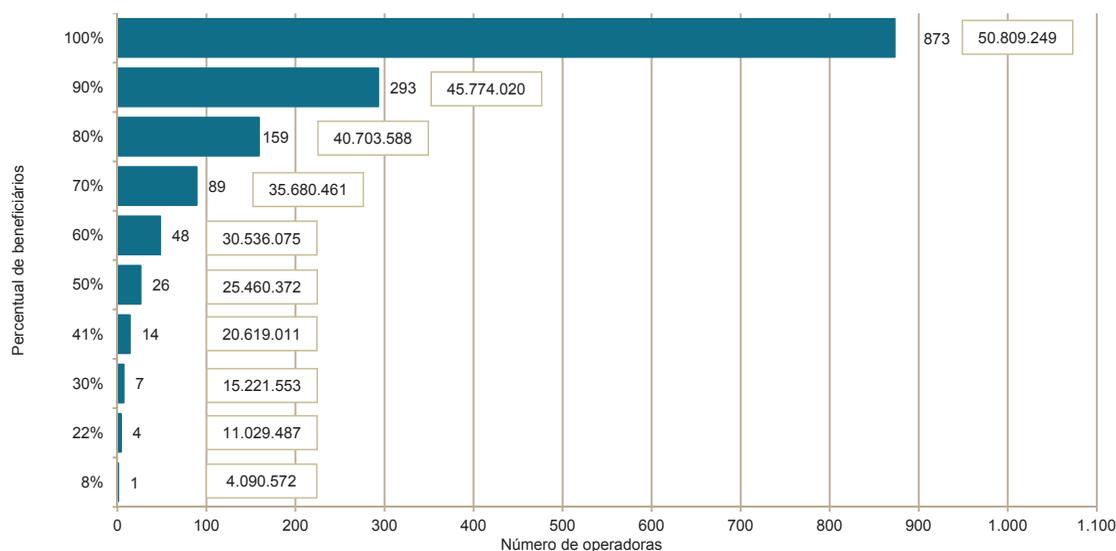
Tabela 4 - Resumo do registro de operadoras (Brasil - dezembro/2014)

Registro	Total	Operadoras médico-hospitalares	Operadoras exclusivamente odontológicas
Registros novos (1)	43	31	12
Registros cancelados (1)	84	64	20
Operadoras em atividade	1.425	1.041	384
Operadoras com beneficiários	1.219	873	346

Fontes: CADOP/ANS/MS - 12/2014 e SIB/ANS/MS - 12/2014
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2015
 (1) Registros novos e cancelados no ano.

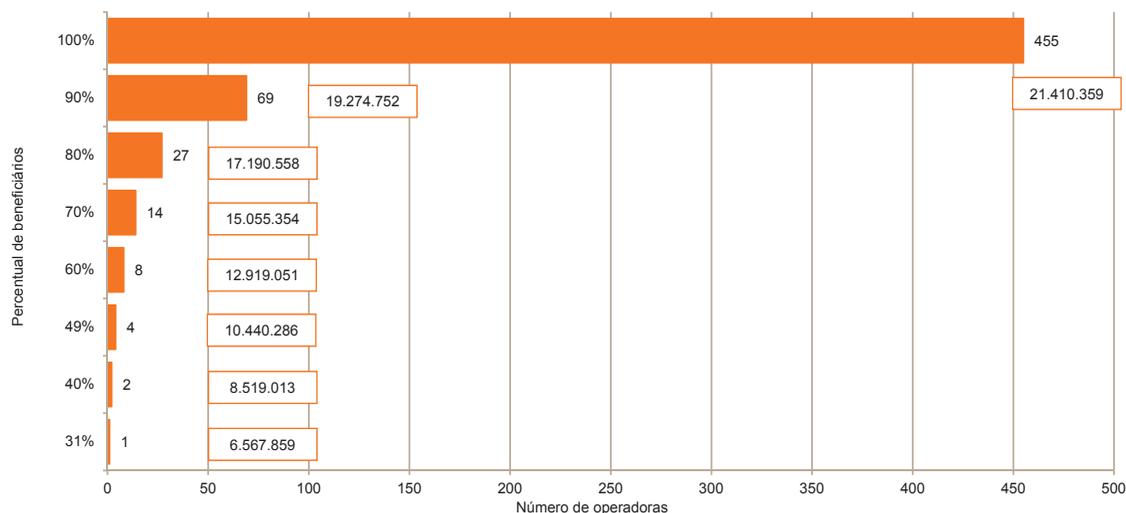
Os gráficos 13 e 14 apresentam a distribuição acumulada dos beneficiários, respectivamente para os planos de assistência médica, com ou sem odontologia, e para os planos exclusivamente odontológicos. Aproximadamente 22% de todos os beneficiários da saúde suplementar estão em planos médico-hospitalares, e cerca de 11 milhões estão vinculados a apenas 4 operadoras. No que se refere aos planos exclusivamente odontológicos, o gráfico 14 mostra a grande concentração de beneficiários, sendo que as duas maiores operadoras atuantes concentram mais de 40,5% do total de beneficiários.

Gráfico 13 - Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência médica entre as operadoras, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - dezembro/2014)



Fontes: SIB/ANS/MS - 12/2014 e CADOP/ANS/MS - 12/2014
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2015
 Nota: O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.
 Curva A: 159 operadoras (18,2% do total) detêm 80,1% dos beneficiários.
 Curva B: 293 operadoras (33,6% do total) detêm 90,1% dos beneficiários.
 Curva C: 873 operadoras (100,0% do total) detêm 100,0% dos beneficiários.

Gráfico 14 - Distribuição dos beneficiários de planos privados exclusivamente odontológicos entre as operadoras, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - dezembro/2014)



Fontes: SIB/ANS/MS - 12/2014 e CADOP/ANS/MS - 12/2014

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2015

Nota: O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

Curva A: 27 operadoras (5,9% do total) detêm 80,3% dos beneficiários.

Curva B: 69 operadoras (15,2% do total) detêm 90,0% dos beneficiários.

Curva C: 455 operadoras (100,0% do total) detêm 100,0% dos beneficiários.

Em relação à abrangência geográfica dos planos de assistência médica, os dados apresentados na Tabela 5 permitem observar um maior número de planos de saúde por grupos de municípios em dezembro de 2014. Adicionalmente, apenas entre os planos individuais antigos é possível observar um maior número de planos nacionais.

Tabela 5 - Planos privados de assistência médica, com beneficiários, por tipo de contratação, segundo época de contratação e abrangência geográfica (Brasil - dezembro/2014)

Época de contratação e abrangência geográfica do plano	Total	Coletivo			Individual	
		Total	Empresarial	Por adesão		Não identificado
Total	33.231	17.870	11.975	5.824	71	15.361
Nacional	9.948	5.309	3.666	1.637	6	4.639
Grupo de estados	1.328	746	563	173	10	582
Estadual	2.806	1.622	1.024	588	10	1.184
Grupo de municípios	15.709	8.615	5.689	2.882	44	7.094
Municipal	3.440	1.578	1.033	544	1	1.862
Novos	20.803	12.806	8.938	3.797	71	7.997
Nacional	5.090	3.572	2.547	1.019	6	1.518
Grupo de estados	811	583	435	138	10	228
Estadual	2.228	1.395	886	499	10	833
Grupo de municípios	10.961	6.373	4.448	1.881	44	4.588
Municipal	1.713	883	622	260	1	830
Antigos	12.428	5.064	3.037	2.027	-	7.364
Nacional	4.858	1.737	1.119	618	-	3.121
Grupo de estados	517	163	128	35	-	354
Estadual	578	227	138	89	-	351
Grupo de municípios	4.748	2.242	1.241	1.001	-	2.506
Municipal	1.727	695	411	284	-	1.032

Fontes: SIB/ANS/MS - 12/2014 e RPS/ANS/MS - 12/2014
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Março/2015

Com relação à época de contratação dos planos, observa-se que tanto para planos novos quanto antigos a maior participação relativa é de planos com até 100 beneficiários. Destaca-se que em planos novos há um maior número e participação percentual de planos com 1.001 a 10.000 beneficiários - cerca de 22% do total – quando comparados aos planos antigos, nos quais esse percentual é bem inferior (3,4%).

Tabela 6 - Planos privados de assistência médica, com beneficiários, por época de contratação, segundo número de beneficiários (Brasil - dezembro/2014)

Número de beneficiários do plano	Total	Planos de saúde novos registrados com beneficiários		Planos de saúde antigos cadastrados com beneficiários	
		Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Total	33.231	20.803	100,0%	12.428	100,0%
1 a 100 beneficiários	18.514	8.404	40,4%	10.110	81,3%
101 a 1.000 beneficiários	8.715	6.881	33,1%	1.834	14,8%
1.001 a 10.000 beneficiários	4.981	4.562	21,9%	419	3,4%
10.001 a 50.000 beneficiários	891	838	4,0%	53	0,4%
50.001 a 100.000 beneficiários	77	72	0,3%	5	0,0%
Acima de 100.000 beneficiários	53	46	0,2%	7	0,1%

Fontes: SIB/ANS/MS - 12/2014 e RPS/ANS/MS - 12/2014
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Março/2015

Em 2014, a receita de contraprestações de operadoras médico-hospitalares atingiu a cifra de aproximadamente R\$ 125 bilhões de reais, enquanto as despesas assistenciais totalizaram, no mesmo período, R\$ 106 bilhões. Entre as operadoras exclusivamente odontológicas, esses valores corresponderam a R\$ 2,7 bilhões e R\$ 1,3 bilhão, respectivamente, receitas de contraprestações e despesas assistenciais. Em valores correntes, o aumento das receitas de contraprestações em 2014 foi de 14,7%, em relação ao ano 2013, para as operadoras médico-hospitalares, enquanto o aumento das despesas assistenciais para o mesmo período chegou a 16,2%. Já entre as operadoras odontológicas, o aumento das receitas de contraprestações foi bem menor, cerca de 8,7%.

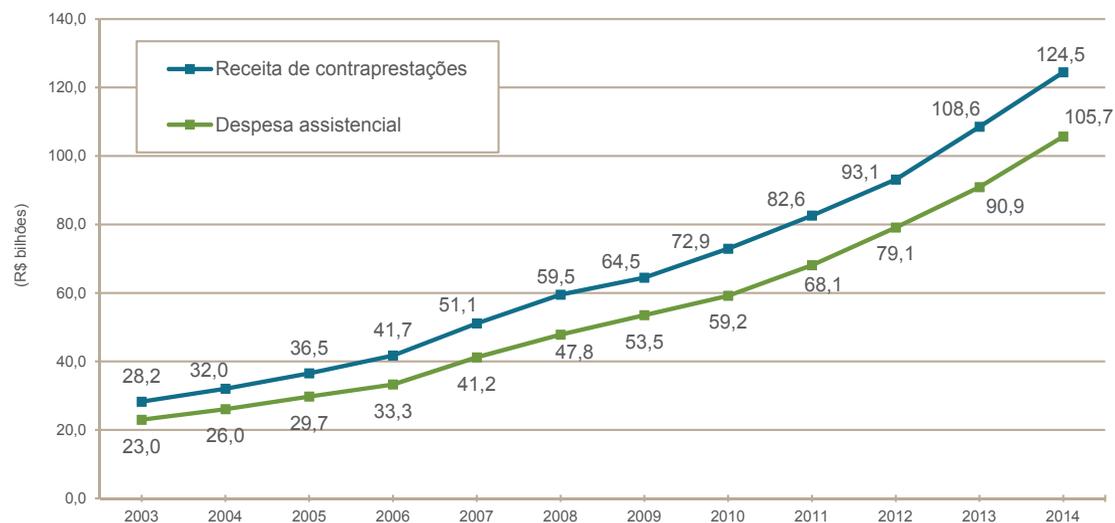
Tabela 7 - Receita de contraprestações e despesa assistencial por grupos de modalidade das operadoras (Brasil - 2003-2014)

(R\$)

Ano	Operadoras médico-hospitalares		Operadoras exclusivamente odontológicas	
	Receita de contraprestações	Despesa assistencial	Receita de contraprestações	Despesa assistencial
2003	28.242.936.475	22.967.115.078	500.414.206	270.092.301
2004	32.030.482.291	26.049.328.085	598.981.305	305.313.422
2005	36.526.986.045	29.737.558.646	743.312.579	370.859.606
2006	41.716.042.287	33.266.754.130	910.259.681	429.931.590
2007	51.113.068.482	41.200.117.052	1.081.361.033	520.802.676
2008	59.500.765.292	47.839.114.267	1.176.780.338	562.177.001
2009	64.466.255.780	53.514.888.841	1.340.737.587	649.585.897
2010	72.918.724.546	59.173.266.778	1.679.210.142	770.140.356
2011	82.605.523.640	68.097.417.992	2.048.811.635	995.206.997
2012	93.129.984.634	79.102.869.749	2.308.555.291	1.127.461.483
2013	108.554.905.550	90.926.713.142	2.478.157.895	1.137.389.682
2014	124.458.867.574	105.692.208.658	2.693.308.855	1.236.527.844

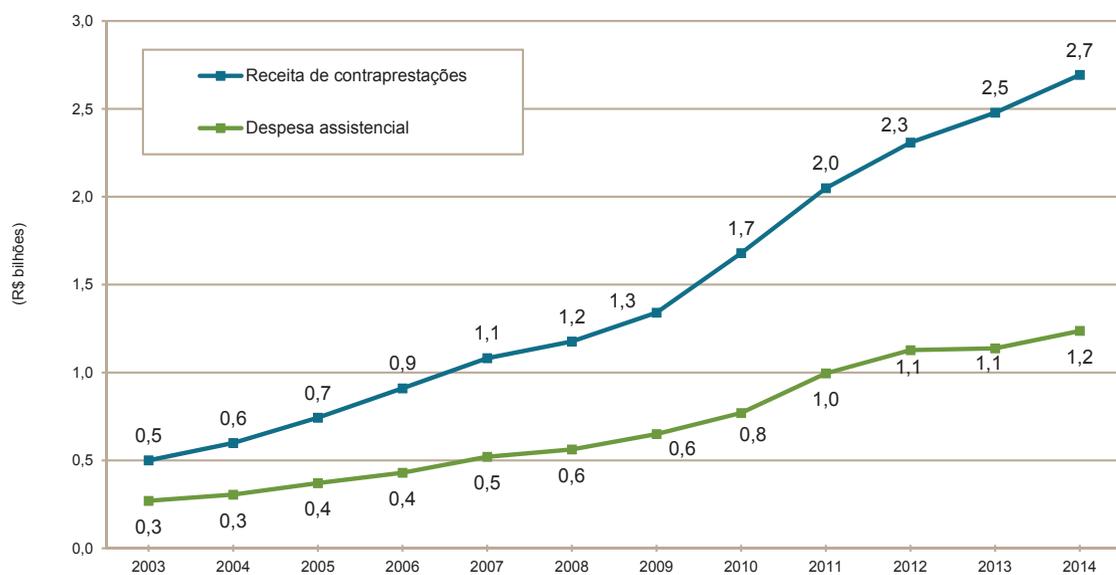
Fontes: DIOPS/ANS/MS - 08/04/2015 e FIP - 12/2006
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2015
Nota: Dados preliminares, sujeitos à revisão.

Gráfico 15 - Receita de contraprestações e despesa assistencial das operadoras médico-hospitalares (Brasil - 2003-2014)



Fontes: DIOPS/ANS/MS - 08/04/2015 e FIP - 12/2006
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2015

Gráfico 16 - Receita de contraprestações e despesa assistencial das operadoras exclusivamente odontológicas (Brasil - 2003-2014)



Fontes: DIOPS/ANS/MS - 08/04/2015 e FIP - 12/2006
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2015

Atenção à saúde

ATENÇÃO À SAÚDE

Estabelecimentos de Saúde

Existem cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 6.340 hospitais. Destes, 2.071 atendem a planos privados de saúde, correspondendo a cerca de um terço do total de prestadores hospitalares no país. A maioria destes hospitais é geral, sendo 17% especializados (Tabela 8). Dentre os hospitais especializados, 38,4% atendem a saúde suplementar. Dentre as clínicas, os ambulatórios especializados e consultórios, mais da metade atende a planos de saúde. Já os pronto-socorros gerais, que prestam serviços a planos privados de saúde, representam apenas 13,9% do total de estabelecimentos deste tipo no país.

Tabela 8 - Estabelecimentos de saúde por atendimento a planos privados de saúde, segundo tipo (Brasil - dezembro/2014)

Tipo de estabelecimento	Total		Atendem a planos privados	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Clinica ou ambulatório especializado	37.768	100,0	19.154	50,7
Consultório isolado	138.831	100,0	83.957	60,5
Hospital especializado	1.096	100,0	421	38,4
Hospital geral	5.244	100,0	1.650	31,5
Policlínica	6.374	100,0	2.779	43,6
Pronto socorro especializado	118	100,0	41	34,7
Pronto socorro geral	403	100,0	56	13,9
Unidade de serviço de apoio à diagnose e terapia	21.289	100,0	9.368	44,0

Fonte: CNES/MS - 12/2014
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2015

A Tabela 9, por sua vez, apresenta o número de estabelecimentos de saúde por tipo de convênio, de acordo com o tipo de atendimento, em dezembro de 2014. É possível observar uma expressiva participação dos estabelecimentos que prestam atendimento ambulatorial a planos de saúde privados. Por outro lado, o número de estabelecimentos de saúde que atendem casos de urgência dos planos de saúde privados é bastante inferior ao observado para a rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tabela 9 - Estabelecimentos de saúde por tipo de convênio, segundo tipo de atendimento (Brasil - dezembro/2014)

Tipo de atendimento	SUS	Particular	Plano de saúde público	Plano de saúde privado
Ambulatorial	75.634	180.058	10.646	113.066
Para internação	5.898	3.930	558	2.313
Serviços de apoio à diagnose e terapia	23.630	33.450	2.424	18.166
Urgência	9.925	3.777	456	2.065

Fonte: CNES/MS - 12/2014

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2015

Nota: A soma das parcelas não corresponde ao total de estabelecimentos uma vez que um mesmo estabelecimento pode atender a mais de uma forma de financiamento e constar em duas ou mais colunas.

Em relação ao número de leitos para internação disponíveis, em dezembro de 2014, para o total da população brasileira é observada uma taxa de 2,4 leitos por mil habitantes, equivalente a um total de 452 mil leitos; enquanto no SUS a disponibilidade de leitos para internação é cerca de 1,7 por mil habitantes. Comparado com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde - 3 a 5 leitos para cada mil habitantes – tanto o índice nacional quanto o do SUS estão abaixo do recomendado. Do total de leitos cadastrados no CNES, 70,6% atendem a rede SUS e cerca de 30% a rede privada de saúde (Tabela 10).

Tabela 10 - Leitos para internação, por vínculo ao SUS, segundo localização (Brasil -dezembro/2014)

Localização	Total	SUS		Não-SUS	
		Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Brasil	452.488	319.283	70,6	133.205	29,4
Capitais	149.890	91.825	61,3	58.065	38,7
Interior	302.598	227.458	75,2	75.140	24,8
Leitos por 1.000 habitantes	2,4	1,7	-	0,7	-

Fonte: CNES/MS -12/2014

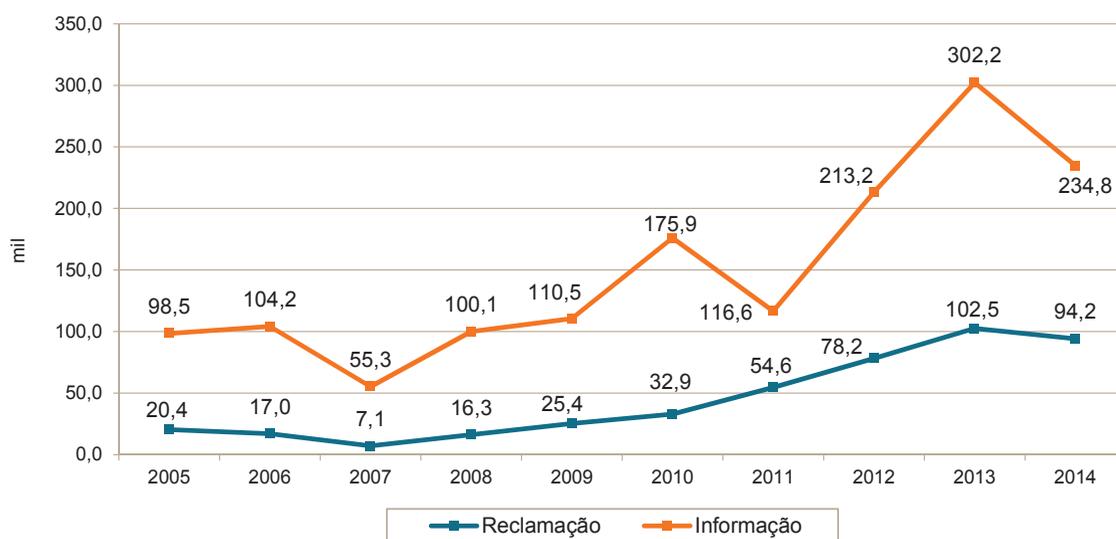
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2015

Nota: Os dados referentes a leitos Complementares foram retirados da consulta referente a leitos de Internação.

ATENDIMENTO AO PÚBLICO

O Gráfico 17 apresenta o número de atendimentos realizados pela ANS em razão de pedidos de informação ou registro de reclamações decorrentes da prestação dos serviços por parte das operadoras. O total de atendimentos em 2014 totalizou 328.935 demandas de consumidor. O número de atendimentos apresenta uma trajetória ascendente desde 2005, com flutuações em 2007, 2011 e mais recentemente no ano de 2014, quando foram recebidas 234,8 mil pedidos de informação e 94,2 mil reclamações. Essa tendência de crescimento pode ser decorrente do conhecimento progressivo, por parte da população de beneficiários, da atuação da ANS.

Gráfico 17 - Demandas dos consumidores, por classificação do atendimento (Brasil - 2005-2014)



Fonte: SIF/ANS/MS - 22/04/2015
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Março/2015

Fiscalização

FISCALIZAÇÃO

Em agosto de 2010, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 226 que institui o procedimento de Notificação de Investigação Preliminar (NIP) como um instrumento que visava à solução de conflitos entre consumidores e operadoras de planos privados de assistência à saúde, acerca exclusivamente das demandas de negativa de cobertura.

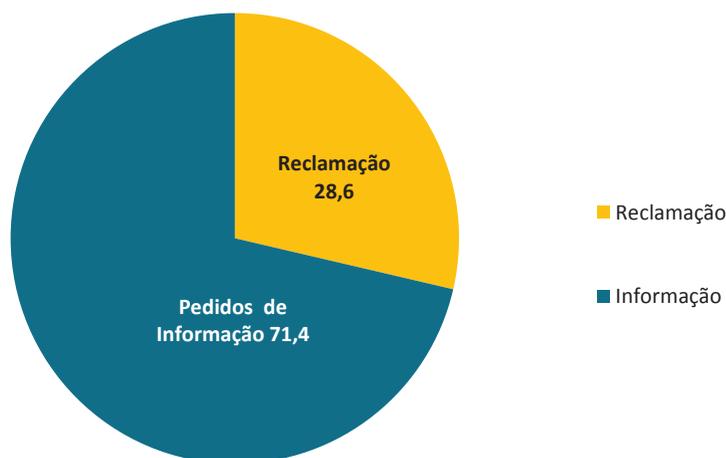
Com a publicação da Resolução Normativa nº 343, de 17 de dezembro de 2013, o escopo foi ampliado, ao se instituir a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) como instrumento de mediação que visa à solução consensual de conflitos entre consumidores e operadoras de planos privados de assistência à saúde, sendo esses conflitos de natureza assistencial ou não.

Desse modo, atualmente, todas as demandas de reclamação recepcionadas pela a ANS em que o consumidor seja diretamente afetado e que a situação seja passível de mediação são tratadas no âmbito da NIP.

Demandas do Consumidor

Como mencionado na seção anterior, no ano de 2014, a ANS recebeu 328.935 demandas de consumidor, com 28,6% referindo-se a reclamações e 71,4% a pedidos de informações, conforme mostra o Gráfico 18.

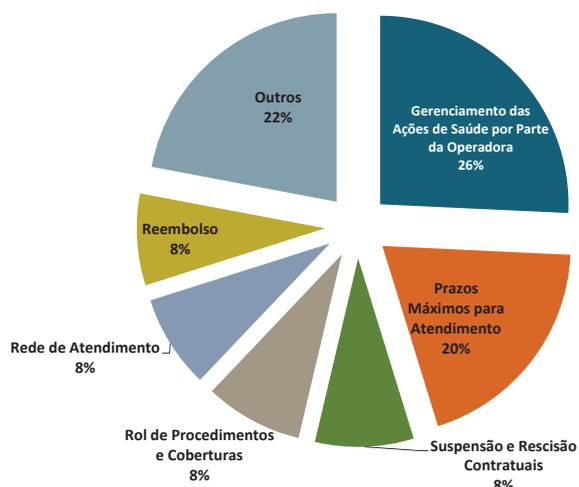
Gráfico 18 - Distribuição das demandas por assunto da reclamação



Fonte: SIF/ANS/MS - 22/04/2015
Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março/2015

Os dois principais assuntos dessas reclamações foram: Gerenciamento das Ações de Saúde por Parte da Operadora (autorizações prévias, franquia, coparticipação e outros), responsável por 26% do total de reclamações e Prazos Máximos para Atendimento, representando 20% (Gráfico 19).

Gráfico 19 - Distribuição das demandas NIP, conforme natureza da demanda, 2014



Fonte: Sistema de Fiscalização – SIF
Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março/2015

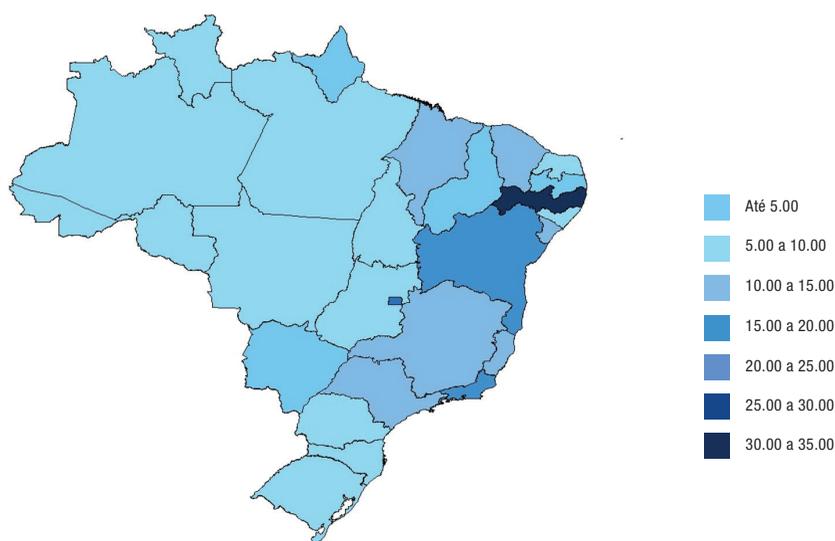
Tabela 11 - Taxa de Reclamação por UF, Brasil, 2014

UF	Taxa de Reclamação	UF	Taxa de Reclamação
AC	9,38	PB	4,78
AL	7,29	PE	34,77
AM	5,09	PI	4,08
AP	4,46	PR	7,17
BA	17,43	RJ	17,04
CE	10,37	RN	8,33
DF	24,42	RO	7,39
ES	11,8	RR	9,99
GO	7,38	RS	5,11
MA	14,8	SC	6,21
MG	10,76	SE	11,53
MS	4,82	SP	12,76
MT	5,95	TO	8,03
PA	6,73		

Fonte: Sistema de Fiscalização – SIF
Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março/2015
Nota: Taxa calculada por 10.000/habitantes

O Mapa 2 apresenta a taxa de reclamações por UF, no ano de 2014, para cada grupo de 10 mil beneficiários. Observa-se que a maioria das Unidades Federativas apresentou taxa de reclamação inferior a 10 reclamações para cada grupo de 10 mil beneficiários em 2014. Pernambuco foi o estado que apresentou a maior taxa de reclamação em 2014, com 34 reclamações para cada grupo de 10 mil beneficiários. São Paulo, estado com o maior número de beneficiários, apresentou uma taxa de 12,8 reclamações para cada grupo de 10 mil beneficiários.

Mapa 2 - Distribuição das reclamações de beneficiários de planos privados de saúde, por UF, Brasil, 2014



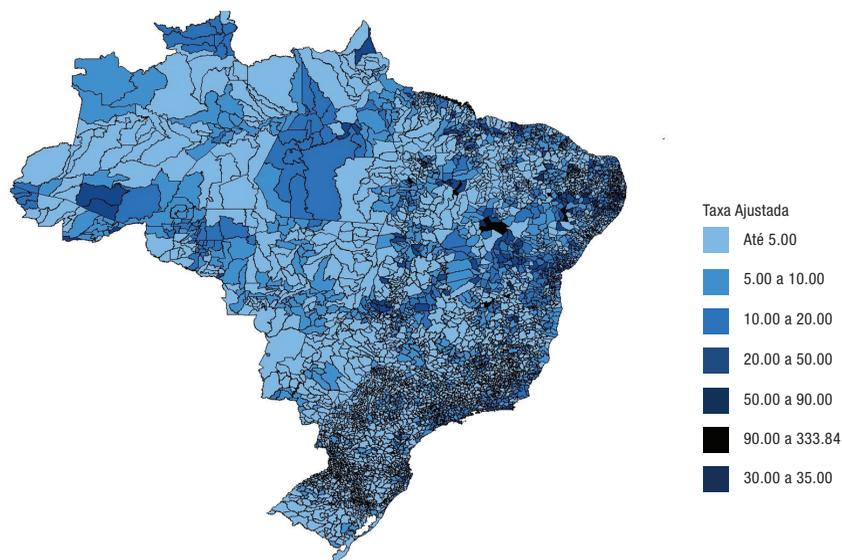
Fonte: Sistema de Fiscalização – SIF
Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março/2015
Nota: Taxa calculada por 10.000/habitantes

Segundo Santos *et al.* (2005), um problema inerente à utilização de taxas brutas de ocorrência em municípios com pequenas populações é a instabilidade dessas taxas ao retratar o risco de eventos raros nesses municípios. Assim, para corrigir as taxas desses municípios em que ocorrem instabilidades dessa natureza, adotou-se o Estimador Bayesiano Empírico Local, que utiliza as informações das áreas vizinhas para produzir estimativas médias do risco naquela região, de tal forma que o risco subjacente convirja para a média local da vizinhança. Dessa forma, o Mapa 3 apresenta a distribuição das taxas das reclamações entre beneficiários por município, corrigidas pelo Estimador Bayesiano Empírico Local.

Observa-se que a maioria dos municípios (30%) apresentou uma taxa inferior a 10 reclamações para cada grupo de 10 mil beneficiários em 2014, após a correção pelo estimador.

O município de São Paulo, que detém o maior número de beneficiários, apresentou uma taxa de 19,7 reclamações para cada grupo de 10 mil beneficiários em 2014.

Mapa 3 - Distribuição das reclamações de beneficiários de planos privados de saúde, por municípios, Brasil 2014



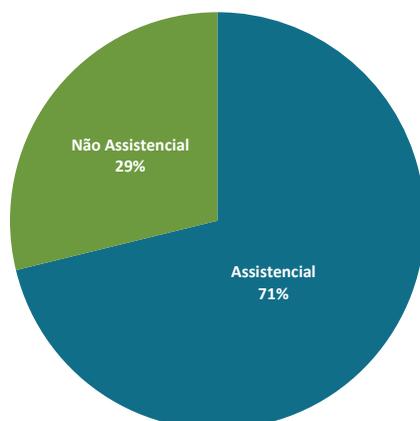
Fonte: Sistema de Fiscalização – SIF
Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março/2015
Nota: Taxa calculada por 10.000/habitantes

Mediação de Conflitos

Em 2014, 87.457 demandas recebidas pela ANS foram direcionadas para a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). Entre as demandas NIP, 71,% possuíam natureza assistencial e as demais foram classificadas como NIP de natureza não-assistencial, conforme Gráfico 20.

Dessas demandas, 19.092 foram encaminhadas aos Núcleos para apuração.

Gráfico 20: Distribuição das demandas NIP, conforme natureza da demanda, 2014



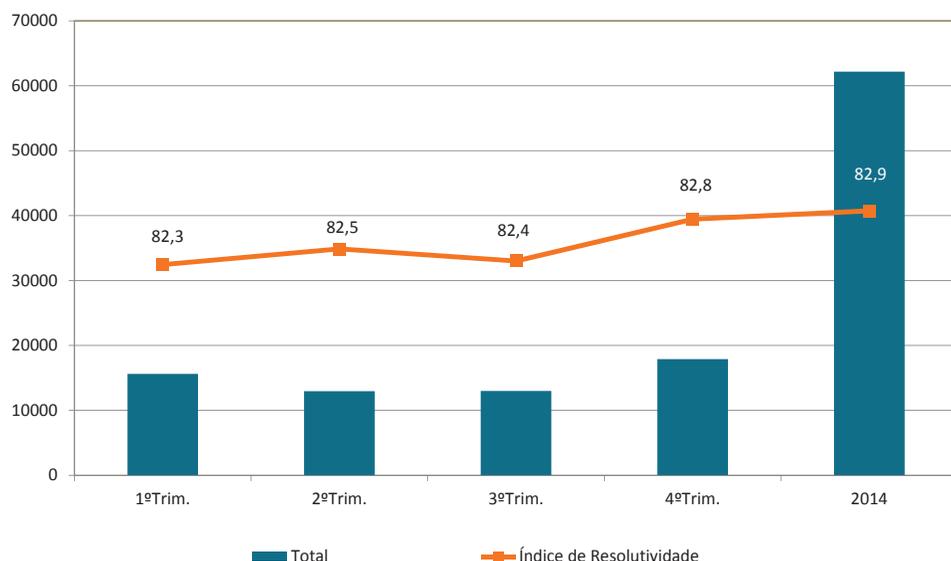
Fonte: Sistema de Fiscalização – SIF
Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março/2015

Ainda em relação à NIP, o Índice de Resolutividade mensura o total de reclamações de consumidores de natureza assistencial, que são resolvidas no âmbito da mediação, sem a necessidade de instauração de processo administrativo sancionador.

No Gráfico 21 é apresentado o Índice de resolutividade NIP para cada trimestre de 2014 e o Índice de resolutividade NIP geral para o ano de 2014.

Observa-se que tanto nos trimestres quanto no ano de 2014, a resolutividade foi superior a 82,0%, ou seja, para cada 5 reclamações de natureza assistencial recebida pela ANS, 4 foram resolvidas no âmbito da Notificação de Intermediação Preliminar.

Gráfico 21: Índice de Resolutividade das demandas de NIP por trimestre e ano de 2014



Fonte: Sistema de Fiscalização – SIF
Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março/2015

Penalidades aplicadas em 2014

Em 2014, a Diretoria de Fiscalização da ANS aplicou 5.939 penalidades às operadoras de planos de saúde por descumprimento a legislação em decisão de 1º instância. As penalidades aplicadas variaram de temas como inabilitação temporária para o exercício de cargo em operadoras de planos de saúde, à aplicação de multas. O Gráfico 22 apresenta a distribuição dessas penalidades.

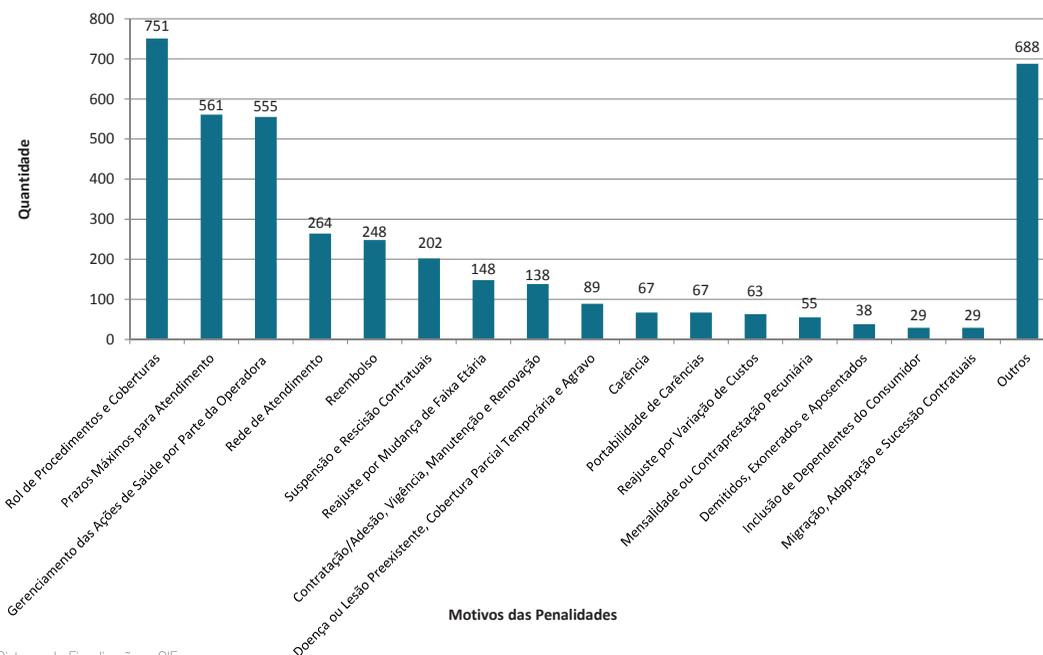
Gráfico 22: Penalidades aplicadas às operadoras de planos privados de saúde, em 1º instância, pela Diretora Fiscalização da ANS em 2014.



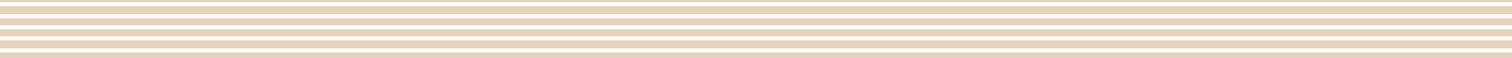
Fonte: Sistema de Fiscalização – SIF
Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Março/2015

Das 4.911 multas aplicadas às operadoras, mais de 80% (3.992) foram provenientes de processos administrativos originados das reclamações de consumidores e os principais motivos dessas reclamações são mostrados no Gráfico 23.

Gráfico 23: Motivos das penalidades aplicadas às operadoras de planos privados de saúde, em 1º instância, pela Diretora Fiscalização da ANS em 2014.



Fonte: Sistema de Fiscalização – SIF
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Março



Indicadores ECONÓMICOS

INDICADORES ECONÔMICOS

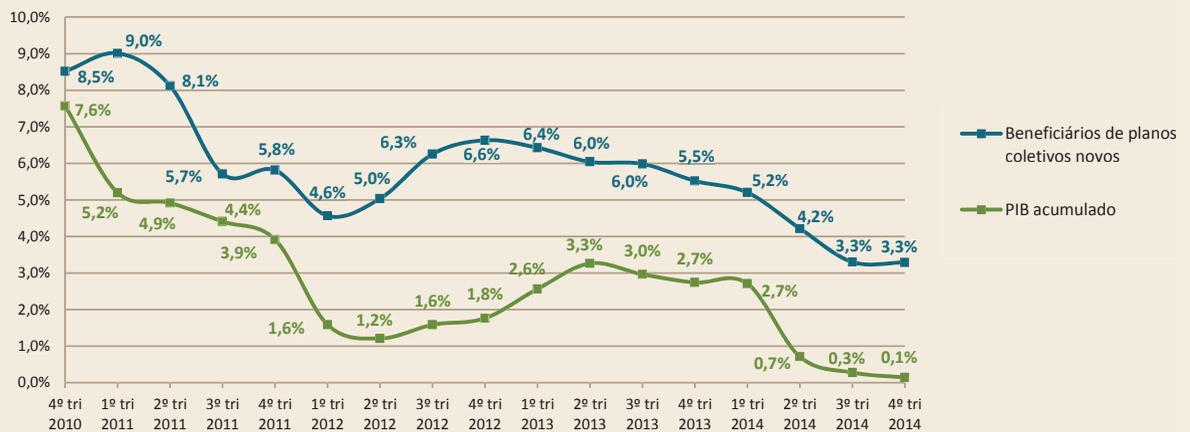
Previsões do Banco Central

O Boletim Focus do Banco Central (BACEN) de 08/05/2015 fornece as seguintes expectativas para os índices:

IIPCA	IGP-M	IPC-FIPE
8,29% em 2015	7,08% em 2015	8,12% em 2015
5,51% em 2016	5,50% em 2016	5,15% em 2016

O Gráfico 25 apresenta a evolução da variação trimestral do Produto Interno Bruto (PIB), acumulado no ano em relação ao mesmo período do ano anterior, vis-à-vis a evolução do número de beneficiários de planos novos. Pode-se observar que, concomitante à queda da atividade econômica em 2014, foi observada uma queda na evolução do número de beneficiários de planos novos, ainda que menos acentuada.

Gráfico 25 - Variação do PIB acumulado no ano em relação ao mesmo período do ano anterior e do número de beneficiários de planos novos (Brasil - 4º trimestre/2010-4º trimestre/2014)



Fonte : 1. IBGE e SIB/ANS/MS - 12/2014

Notas: 1. Valor do PIB a valores constantes de 1995.

2. Taxa é calculada pela razão entre PIB/Beneficiários acumulados no trimestre do ano corrente e PIB/Beneficiários acumulados no mesmo trimestre do ano anterior.

Da mesma forma que o observado para a atividade econômica, a redução do saldo dos empregos com carteira assinada foi acompanhada pela redução no saldo de beneficiários da assistência médica, tendo em vista que a maioria dos vínculos de beneficiários na saúde suplementar referem-se a planos coletivos empresariais, associados, em grande medida, ao emprego celetista (Gráfico 26).

Gráfico 26 - Evolução anual do saldo de beneficiários em planos de assistência médica e de empregos formais (Brasil - 2004-2014)



Fontes: CAGED/MTE - 12/2014 e SIB/ANS/MS - 12/2014

NORMATIVOS PUBLICADOS DE OUTUBRO DE 2014 A ABRIL de 2015

Resoluções Normativas	
Nº	Ementa
357	Altera a RN nº 48, que dispõe, em especial, sobre o processo administrativo sancionador.
358	Dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS.
359	Altera a RN nº 190, que dispõe sobre a criação obrigatória de portal corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sobre a designação de profissional responsável pela troca de informações em saúde suplementar (Padrão TISS) referente aos eventos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.
360	Estabelece o conteúdo mínimo obrigatório a ser observado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para identificação unívoca de seus beneficiários, bem como sua disponibilização obrigatória de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar, e dá outras providências.
361	Altera os §§ 1º e 2º do art. 3º; altera o caput e o § 2º do art. 26; acrescenta os §§ 3º a 5º no art. 3º; e revoga o § 1º do art. 26; todos da RN nº 295, que dispõe, em especial, sobre a geração, a transmissão e o controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários - SIB/ANS.
362	Altera a RN nº 171, que dispõe, em especial, sobre os critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde; e dá outras providências.
363	Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências.
364	Dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas.
365	Dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.

continuação

Resoluções Normativas	
Nº	Ementa
366	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
367	Dispõe sobre o Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR.
368	Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.
369	Altera a RN nº 48, que dispõe sobre o processo administrativo para apuração de infrações e aplicação de sanções no âmbito da ANS; e altera o Regimento Interno da ANS, instituído pela RN nº 197, de 16 de julho de 2009.
370	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
371	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
372	Dispõe sobre a celebração do Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta - TCAC previsto no artigo 29 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.
373	Altera e revoga dispositivos da Resolução Normativa – RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009, que dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.
374	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar instituído pela Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009; e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
375	Altera a Instrução Normativa - IN nº 50, de 25 de setembro de 2012, que dispõe sobre o formato XML (Extensible Markup Language) para a transmissão das informações para o Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS e sobre procedimentos para a geração, validação, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do SIB/ANS.

Resoluções Normativas	
Nº	Ementa
376	Altera a Resolução Normativa - RN nº 295, de 9 de maio de 2012, que dispõe, em especial, sobre a geração, a transmissão e o controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; e a RN nº 360, de 3 de dezembro de 2014, que estabelece o conteúdo mínimo obrigatório a ser observado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para identificação unívoca de seus beneficiários, bem como sua disponibilização obrigatória de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar.

Instruções Normativas	
No.	Ementa
47/DIPRO	Altera a IN n.º 13/DIPRO, que define os procedimentos da comunicação dos reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, contratados por pessoa jurídica, independente de sua segmentação e da data de contratação.
54/DIDES	Dispõe sobre o protocolo eletrônico de impugnações e recursos de processos administrativos híbridos de ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei nº 9.656, e na RN nº 358.
55/DIDES	Altera o caput do art. 32 e o anexo I, e revoga o § 1º do art. 32, todos da IN nº 50/DIDES, que dispõe, em especial, sobre a geração, a transmissão e o controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários - SIB/ANS.
56/DIDES	Regulamenta o CAPÍTULO III da RN nº 365, que dispõe sobre a disponibilização das informações relativas à substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares no Portal Corporativo das operadoras de planos privados de assistência à saúde.
2/DICOL	Regulamenta o inciso VI e o § 1º do art. 4º da Resolução Normativa - RN nº 323, de 3 de abril de 2013, para dispor sobre o Relatório Estatístico e Analítico do Atendimento das Ouvidorias das operadoras de planos privados de assistência à saúde e revoga a Instrução Normativa nº 1, de 7 de fevereiro de 2014, da Diretoria Colegiada - DICOL.
57/DIDES	Altera a Instrução Normativa - IN nº 50, de 25 de setembro de 2012, que dispõe sobre o formato XML (Extensible Markup Language) para a transmissão das informações para o Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS e sobre procedimentos para a geração, validação, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do SIB/ANS.

PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE

Órgãos Permanentes

Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS

Órgão consultivo formado por todos os segmentos da sociedade que representam as relações no setor. Criada pela Lei nº 9.656/98, desde então a CAMSS reúne-se periodicamente. Veja a listagem completa dos representantes da sociedade na CAMSS, o calendário, as pautas e as atas das reuniões em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camss-camara-de-saude-suplementar>

Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS

Tem por finalidade propor à ANS o aprimoramento do Padrão TISS; revisar os termos de representação de conceitos em saúde e analisar as solicitações de inclusões na TISS; promover a divulgação e acompanhar a adoção do Padrão TISS; analisar os sistemas de informação da saúde suplementar, visando a adequação do padrão TISS; promover e recomendar estudos relativos à informação e comunicação em saúde. Veja a listagem completa dos representantes da sociedade, o calendário e as atas das reuniões em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/copiss-comite-de-padronizacao-das-informacoes>

Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde - COSAÚDE

Instituído para analisar questões pertinentes à cobertura assistencial obrigatória a ser assegurada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, além de temas relacionados com a atenção à saúde, como Mecanismos de Regulação, Risco Assistencial, Promoção da Saúde. Mais informações em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comite-permanente-de-regulacao-da-atencao-a-saude-cosaude>

Grupos de Trabalho

Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial - LAB-DIDES

Tem por finalidade avaliar estudos e pesquisas sobre os temas relacionados ao desenvolvimento, sustentabilidade, concorrência, qualidade e inovação setorial, além de discutir políticas regulatórias.

Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes

Dentro do Eixo Temático “Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial” da Agenda Regulatória 2013/2014, tem como escopo a troca de informações com os principais representantes do mercado de saúde suplementar a fim de discutir os critérios de qualificação da entrada do consumidor no plano de saúde, bem como identificar e debater questões que necessitam de análise e definição sobre o tema a fim de subsidiar a elaboração do normativo que irá revisar a normatização em vigor - RN nº 162.

Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários em Planos de Saúde

Tem como finalidade a manifestação de opiniões no sentido de contribuir para a melhor decisão e construção da norma que estabeleça regras para o cancelamento ou a exclusão do plano de saúde, a pedido do próprio beneficiário, a ser implantada no Mercado de Saúde Suplementar.

Câmara Técnica sobre Configuração da infração às normas sobre suspensão e rescisão unilateral de contrato individual

Configuração da infração tipificada no art. 82 da Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006, que trata da suspensão ou rescisão unilateral de contrato individual, conforme previsto no inciso II, do parágrafo único do art. 13 da lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, especialmente quanto à regularidade da notificação a ser enviada pela operadora de plano de assistência à saúde ao beneficiário até o quinquagésimo dia de inadimplência.

Grupo Técnico Permanente de Estudos da Metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento

Tem como objetivo a troca de informações entre a sociedade e a ANS em relação à metodologia do monitoramento da Garantia de Atendimento.

Mais informações em:

<http://www.ans.gov.br-Participação da Sociedade-Câmaras e Grupos Técnicos>

Consultas Públicas em andamento

Consulta Pública nº 57 – Agenda Regulatória 2015/17

Dispõe sobre a Agenda Regulatória, triênio 2015-2017, composta por três(3) eixos temáticos e sete (7) macroprojetos, com foco no acesso oportuno, qualificado e empoderado aos serviços de atenção à saúde na Saúde Suplementar.

Consulta Pública nº 58 – Proposta de RN de Atendimento

Dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde - Operadoras no atendimento às solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentadas por beneficiários de planos privados de assistência à saúde de qualquer modalidade de contratação – beneficiários.

Mais informações em:

<http://www.ans.gov.br-Participação da Sociedade-Consultas Públicas>

Links de Interesse:

Banco Central do Brasil - BACEN (<http://www.bacen.gov.br>);

Fundação Getúlio Vargas - FGV (<http://www.fgv.br>);

Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos – DIEESE (<http://www.dieese.org.br>);

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (<http://www.ibge.gov.br>);

Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas - FIPE (<http://www.fipe.com.br>);

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (<http://www.ipea.gov.br>);

Ministério da Saúde – MS (<http://www.saude.gov.br>);

Departamento de Informática do SUS – DATASUS (<http://www.datasus.saude.gov.br>)

TERMOS TÉCNICOS

Beneficiário

Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

O termo beneficiário refere-se assim ao vínculo de uma pessoa a um determinado plano de saúde de uma determinada operadora. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de um vínculo, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde.

O número de beneficiários ativos é calculado utilizando as datas de adesão (contratação) e cancelamento (rescisão) do plano de saúde atual do beneficiário, informadas ao Sistema de Informações de Beneficiários (SIB). Este procedimento garante que todo beneficiário será computado, independentemente do momento em que a operadora envia o cadastro à ANS. Por outro lado, faz com que a informação seja permanentemente atualizada, tornando-a sempre provisória.

Consultas médicas por beneficiário

Mede o número de consultas médicas por qualquer especialidade em relação ao total de beneficiários. Cálculo: número de consultas no ano/número médio de beneficiários de planos privados ambulatoriais no ano.

Cobertura assistencial do plano

Segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde que compreende os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos, atendimentos de urgência e emergência determinadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato. A segmentação assistencial é categorizada em:

- Cobertura assistencial ambulatorial: cobertura de consultas médicas em clínicas básicas e especializadas; apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.
- Cobertura assistencial hospitalar com obstetrícia: garante a prestação de serviços à saúde, em regime de internação hospitalar, que compreende atenção ao parto, às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e aos processos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.
- Cobertura assistencial hospitalar sem obstetrícia: garante a prestação de serviços à saúde, em regime de internação hospitalar, que compreende as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e aos processos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.

- Cobertura assistencial odontológica: garante assistência odontológica, compreendendo procedimentos realizados em ambiente ambulatorial que estejam determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.
- Cobertura assistencial de referência: segmentação assistencial de plano de saúde com cobertura assistencial de plano de saúde com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia em acomodação enfermaria.
- Não informado: expressão utilizada para os planos com vigência anterior à Lei nº 9.656/98 cuja cobertura não foi informada pelas operadoras.

Contraprestação pecuniária

Pagamento de uma importância pelo contratante de plano de saúde a uma operadora para garantir a prestação continuada dos serviços contratados.

Despesa das operadoras

Corresponde à soma das despesas informadas pelas operadoras à ANS. As operadoras da modalidade autogestão passaram a informar suas despesas, obrigatoriamente, a partir de 2007. As despesas das operadoras dividem-se em:

- Despesa administrativa: são todas as despesas das operadoras que não estejam relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência à saúde.
- Despesa assistencial: despesa resultante toda e qualquer utilização, pelo beneficiário, das coberturas contratadas, descontados os valores de glosas e expresse em reais. As despesas assistenciais são classificadas segundo os seguintes itens:

<> Consultas: atendimentos realizados para fins de diagnóstico e orientação terapêutica, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência.

<> Exames: métodos de auxílio diagnóstico utilizados para complementar a avaliação do estado de saúde, como angiografia, hemodinâmica, ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada, entre outros.

<> Terapias: atendimentos a pacientes utilizando métodos para tratar determinada doença ou condição de saúde, como métodos de tratamento com hemoterapia, litotripsia extracorpórea, quimioterapia, radiologia intervencionista, radioterapia, terapia renal substitutiva, entre outros.

<> Internações: atendimentos prestados a paciente admitido para ocupar leito hospitalar em enfermaria, quarto ou unidades de curta permanência, terapia intensiva ou semi-intensiva.

<> Outros atendimentos ambulatoriais: atendimentos com procedimentos (exceto consultas médicas, exames e terapias) realizados em regime ambulatorial de caráter eletivo, urgência ou emergência.

<> Demais despesas assistenciais: despesas acessórias aos atendimentos de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação do paciente. Incluem atividades coletivas, aluguel de cadeiras de rodas, remoção de paciente, campanha de vacinação, palestras, assistência farmacêutica.

<> Procedimentos odontológicos: consultas (atendimentos destinados ao exame e diagnóstico para a elaboração do plano de tratamento), exames complementares (métodos de auxílio diagnóstico realizados durante o atendimento odontológico), procedimentos preventivos, periodontia, dentística, cirurgia odontológica, exodontia, endodontia e outros procedimentos.

<> Demais despesas assistenciais: despesas acessórias aos atendimentos de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação do paciente.

Gasto médio

É o custo médio por item de despesa (internações, consultas) das operadoras, calculado como a relação entre a despesa nesses eventos e o número de eventos (informados ao Sistema de Informações de Produtos - SIP).

Operadora de plano privado de assistência à saúde

Pessoa jurídica constituída sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa, ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada na ANS, que opera ou comercializa planos privados de assistência à saúde.

- Operadoras com beneficiários: são operadoras em atividade, ou seja, registradas com autorização de funcionamento na ANS e com beneficiários cadastrados.
- Operadoras em atividade: operadoras registradas com autorização de funcionamento na ANS. Pode haver operadoras em atividade, mas sem beneficiário cadastrado. O cálculo das operadoras em atividade é feito a partir da soma das operadoras em atividade no ano anterior, adicionado-se os registros novos e subtraindo-se os registros cancelados.
- Registros cancelados: movimento anual de cancelamento de registro das operadoras em atividade. O cancelamento só é permitido após o cumprimento de determinadas exigências legais, entre elas a inexistência de beneficiários ativos. A existência de beneficiários impede, também, o cancelamento dos registros dos planos privados de assistência à saúde.

- Registros novos: movimento anual de concessão de novos registros a operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Quanto à modalidade, as operadoras são classificadas de acordo com suas peculiaridades em:

- Administradora de planos: empresas que administram planos de assistência à saúde financiados por outra operadora; não possuem beneficiários; não assumem o risco decorrente da operação desses planos; e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

- Administradora de benefícios: pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos.

- Autogestão: entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde, destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos.

- Cooperativa médica: operadora que se constitui na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde.

- Cooperativa odontológica: operadora que se constitui em associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por odontólogos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde exclusivamente odontológicos.

- Filantropia: operadora que se constitui em entidade sem fins lucrativos que opera planos privados de saúde e que tenha obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

- Medicina de grupo: operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos privados de saúde, excetuando-se as classificadas nas modalidades administradora, cooperativa médica, autogestão, filantropia e seguradora especializada em saúde.

- Odontologia de grupo: operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos odontológicos.

- Seguradora especializada em saúde: empresa constituída em sociedade seguradora com fins lucrativos que comercializa seguros de saúde e oferece, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas, ou que comercializa ou opera seguro que preveja a garantia de assistência à saúde, estando sujeita ao disposto na Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, sendo vedada a operação em outros ramos de seguro.

De acordo com sua modalidade, as operadoras podem ser agrupadas em:

- Operadoras médico-hospitalares: administradora de benefícios, autogestão, cooperativa médica, filantropia, seguradora especializada em saúde e medicina de grupo.
- Operadoras exclusivamente odontológicas: cooperativa odontológica e odontologia de grupo.

Plano privado de assistência à saúde

Contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré-estabelecido ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, e com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos mediante pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor. Os planos podem ser classificados de diversas formas:

- Quanto à cobertura assistencial oferecida:

<> Plano de assistência médica com ou sem odontologia: pode incluir assistência ambulatorial, assistência hospitalar com ou sem obstetrícia, com ou sem odontologia (ver segmentação assistencial).

<> Plano exclusivamente odontológicos: oferece apenas assistência odontológica (ver segmentação assistencial).

- Quanto à época de contratação:

<> Plano antigo: é aquele cujo contrato foi celebrado antes da vigência da Lei nº 9.656/98, valendo, portanto, o que está estabelecido em contrato. A Lei define que esse plano deve ser cadastrado na ANS para informar as condições gerais de operação estabelecidas em contrato.

<> Plano novo: plano privado de assistência à saúde comercializado a partir de 2 de janeiro de 1999, com a vigência da Lei nº 9.656/98.

- Quanto ao tipo de contratação:

<> Individual ou familiar: plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

<> Coletivo empresarial: plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

<> Coletivo por adesão: plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

<> Não identificado: expressão utilizada para designar o plano coletivo cujo vínculo entre o beneficiário e a pessoa jurídica contratante não foi especificado pela operadora.

<> Não informado: expressão utilizada para designar o plano com vigência anterior à Lei nº 9.656/98, que não foi informado pela operadora.

- Quanto à abrangência geográfica: área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

<> Municipal: compreende apenas um município de um estado.

<> Grupo de municípios: compreende um determinado grupo de municípios em um ou mais estados.

<> Estadual: compreende todos os municípios de um estado.

<> Grupo de estados: compreende um determinado grupo de estados (pelo menos dois), limítrofes ou não, e que não atinja a cobertura nacional.

<> Nacional: compreende todo o território nacional.

Prestadores de serviços de saúde

Conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, que oferecem o cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, tratamento e habilitação.

Nessa publicação, são apresentadas informações relativas aos seguintes estabelecimentos de saúde:

- Clínica ou ambulatório especializado: clínica especializada destinada à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência.

- Consultório isolado: sala isolada destinada à prestação de assistência médica ou odontológica ou de outros profissionais de saúde de nível superior.

- Hospital especializado: hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência, serviço de Apoio de Diagnose e Terapia (SADT) e procedimentos de alta complexidade. Geralmente de referência regional, macro regional ou estadual.

- Hospital geral: hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência. Deve dispor também de SADT de média complexidade, podendo realizar ou não procedimentos de alta complexidade.

- Policlínica: unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas. Pode oferecer ou não SADT e pronto atendimento 24 Horas.

- Pronto socorro especializado: unidade destinada à prestação de assistência em uma ou mais especialidades, a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato.
- Pronto socorro geral: unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato. Pode ter ou não internação.
- Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia (SADT): unidades isoladas onde são realizadas atividades que auxiliam a determinação de diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação do paciente.

As tabelas dessa publicação não incluem estabelecimentos com os seguintes tipos de atendimento prestado: Central de Regulação de Serviços de Saúde, Centro de Atenção Hemoterápica e ou Hematológica, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Apoio à Saúde da Família, Centro de Parto Normal, Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, Cooperativa, Farmácia de Medicamentos de Dispensação Excepcional e Programa Farmácia Popular, Hospital Dia, Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN, Posto de Saúde, Secretaria de Saúde, Unidade Mista - atendimento 24h: atenção básica e internação/urgência, Unidade de Atenção à Saúde Indígena, Unidade de Vigilância em Saúde, Unidade Móvel Fluvial, Unidade Móvel Pré Hospitalar - Urgência/ Emergência, Unidade Móvel Terrestre.

Receita das operadoras

Corresponde à soma das contraprestações efetivas informadas pelas operadoras à ANS.

As contraprestações efetivas resultam da soma das Contraprestações Líquidas (ou Prêmios Retidos Líquidos), considerados os efeitos das variações das Provisões Técnicas, as Receitas com Administração de Planos de Assistência à Saúde e os Tributos Diretos de Operações com Planos de Assistência à Saúde da Operadora.

Na receita das operadoras médico-hospitalares incluem-se as contraprestações provenientes dos planos de assistência médica com ou sem odontologia e dos planos exclusivamente odontológicos.

As operadoras da modalidade autogestão passaram a informar suas receitas, obrigatoriamente, a partir de 2007.

Desde a edição da RN nº 243, de 16 de dezembro de 2010, as operadoras classificadas nas modalidades de cooperativa odontológica ou odontologia de grupo, com número de beneficiários inferior a 20 (vinte) mil em 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior, estão dispensadas da obrigação de envio do DIOPS relativamente ao primeiro, segundo e terceiro trimestres.

Rol de procedimentos e eventos em saúde

Cobertura mínima obrigatória de procedimentos e eventos em saúde que deve ser garantida por operadora de plano privado de assistência à saúde de acordo com a segmentação contratada do plano privado de assistência à saúde contratado.

Segmentação assistencial

Assistência contratada pelo beneficiário. É permitida a combinação de diversos tipos de assistência:

- Ambulatorial
- Hospitalar com obstetrícia
- Hospitalar sem obstetrícia
- Odontológico
- Referência
- Hospitalar com obstetrícia + Ambulatorial
- Hospitalar sem obstetrícia + Ambulatorial
- Ambulatorial + Odontológico
- Hospitalar com obstetrícia + Odontológico
- Hospitalar sem obstetrícia + Odontológico
- Hospitalar com obstetrícia + Ambulatorial + Odontológico
- Hospitalar sem obstetrícia + Ambulatorial + Odontológico

A combinação das diversas coberturas oferecidas pelos planos de saúde, considerando-se a segmentação assistencial, permite agrupá-los em:

- Planos de assistência médica com ou sem odontologia: podem incluir assistência ambulatorial, assistência hospitalar com ou sem obstetrícia, com ou sem odontologia.
- Planos exclusivamente odontológicos: oferecem apenas assistência odontológica.

Taxa de cobertura

Razão, expressa em porcentagem, entre o número de beneficiários e a população em uma área específica. No Caderno de Informação, o cálculo é feito para Unidades da Federação, capitais, regiões metropolitanas das capitais e interior das Unidades da Federação. Como um indivíduo pode possuir mais de um vínculo a plano de saúde e estar presente no cadastro de beneficiários da ANS tantas vezes quanto o número de vínculos que possuir, o termo cobertura é utilizado como um valor aproximado, nessa publicação.

Taxa de internação

Mede o número de internações por qualquer causa em relação ao total de beneficiários. Cálculo: (número de internações no ano/número médio de beneficiários de planos hospitalares no ano) x 100.

Taxa de sinistralidade

Relação, expressa em porcentagem, entre a despesa assistencial e a receita de contraprestações das operadoras.

Tipos de convênio

Referem-se à forma de remuneração de um determinado atendimento ou serviço prestado pelo estabelecimento de saúde. Os convênios podem ser:

- SUS
- Particular
- Plano de saúde público
- Plano de saúde privado

Veja o endereço da ANS mais próximo de você:

Núcleo	Endereço	Abrangência
Belém PA	Rua Dom Romualdo de Seixas, 1.560 Edifício Connex Office 7º pavimento, Espaços Corporativos 4 e 5 Bairro Umarizal CEP: 66055-200	Amapá, Amazonas, Pará e Roraima
Belo Horizonte MG	Rua Paraíba, 330, 11º andar, Sala 1104 Edifício Seculus Bairro Funcionários CEP: 30130-917	Minas Gerais (com exceção da Mesorregião do Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, Sul e Sudoeste de Minas Gerais) e Espírito Santo
Brasília DF	SAS Quadra 1, lote 2, Bloco N, 1º andar Ed. Terra Brasília CEP: 70070-941	Distrito Federal, Goiás e Tocantins
Cuiabá MT	Av. Historiador Rubens de Mendonça, 1894 Salas 102,103 e 104 - Centro Empresarial Maruanã Bairro Jardim Aclimação CEP: 78050-000	Acre, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia
Curitiba PR	Alameda Dr. Carlos de Carvalho, 373 Conjunto 902 Bairro Centro CEP: 80410-180	Paraná e Santa Catarina
Fortaleza CE	Av. Dom Luís, 807, 23º pavimento Edifício Etevaldo Nogueira Business Bairro Meireles CEP: 60160-230	Ceará, Maranhão, Piauí e Rio Grande do Norte
Porto Alegre RS	Rua dos Andradas, 1001 19º andar, Conjunto nº1902 Edifício GBOEX Centro CEP: 90020-015	Rio Grande do Sul
Recife PE	Rua General Joaquim Inácio,830, 10º andar Empresarial The Plaza - Ilha do Leite CEP: 50070-495	Alagoas, Paraíba e Pernambuco
Ribeirão Preto SP	Av. Presidente Vargas, nº 2121, 2º Andar, Sala 203 Jardim Santa Ângela CEP: 14020-525	Ribeirão Preto, Mesorregião do Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, Sul e Sudoeste de Minas Gerais, Araçatuba, Araraquara, Assis, Bauru, Marília, Piracicaba, Presidente Prudente, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto
Rio de Janeiro RJ	Av. Augusto Severo, 84, térreo Ed. Barão de Mauá Bairro Glória CEP: 20021-040	Rio de Janeiro
Salvador BA	Av. Antonio Carlos Magalhães, 771, Salas 1601-1604 e 1607-1610 Edifício Torres do Parque Bairro Itaigara CEP: 41.825-000	Bahia e Sergipe
São Paulo SP	Av. Bela Cintra, 986, 9º andar Ed. Rachid Saliba Bairro Jardim Paulista CEP: 01415-000	São Paulo, com exceção das Mesorregiões de Araçatuba, Araraquara, Assis, Bauru, Marília, Piracicaba, Presidente Prudente, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto

