

**CT DP 045/2024**

Rio de Janeiro, 05 de setembro de 2024.

À Senhora

**Flavia Vinhaes Santos**

**Diretora-Executiva da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**

Av. Franklin Roosevelt, nº 166, 10º andar, Centro

Rio de Janeiro/RJ

CEP 20021-020

**Assunto:** Esclarecimentos solicitados pelo Gabinete do Presidente do IBGE.

**Referência:** Ofício nº 93/2024/IBGE, de 27 de agosto 2024, e mensagem eletrônica – DAPIBGE, de 20 de agosto 2024.

Prezada Senhora Diretora,

Cumprimentando-a, cordialmente, servimo-nos da presente para prestar os esclarecimentos requisitados pela Diretoria Executiva da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, patrocinador-instituidor desta Sociedade Ibgeana de Assistência e Seguridade – SIAS.

## **1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS ACERCA DA MENSAGEM ELETRÔNICA DO DAPIBGE**

Inicialmente, cumpre-nos registrar a perplexidade e o enorme inconformismo com os quais a Sociedade Ibgeana de Assistência e Seguridade – SIAS recebe a manifestação da “Comissão de Saúde DAPIBGE”, que de maneira leviana e antijurídica extrapola o direito de livre expressão e manifestação para atacar a SIAS e ferir a honra objetiva, a imagem e a reputação de seus dirigentes, alegando de forma totalmente irresponsável e sem qualquer substrato fático suposta *“omissão e irregularidades notórias na administração dos planos de saúde UNIMED-RIO e AMIL, assim como a omissão no processo de migração da UNIMED-RIO e AMIL para a UNIMED FERJ, práticas de procedimentos irregulares e lacunosos (...)”*.

Para além do exercício abusivo do direito de manifestação e das injúrias irresponsavelmente tecidas pela citada “Comissão de Saúde DAPIBGE”, percebe-se a clara dificuldade de compreensão do DAPIBGE acerca dos objetivos e limites legais atualmente impostos a uma entidade fechada de previdência complementar (EFPC), apesar dos inúmeros esclarecimentos prestados pela SIAS àquela associação, seja por intermédio de reunião transmitida ao vivo para o público via plataforma “Youtube”, bem como por meio de correspondências escritas, algumas das quais, inclusive, encaminhadas por intermédio do IBGE.



Embora seja uma EFPC de pequeno porte, com reduzida equipe e orçamento, a SIAS desempenha todas as suas funções com enorme dedicação, responsabilidade e compromisso com os seus participantes, assistidos e beneficiários, cooperando e submetendo-se permanentemente ao crivo do patrocinador-instituidor (IBGE), da instituidora AFUSI – Associação dos Funcionários da SIAS e da Superintendência Nacional de Previdência Complementar – Previc, autarquia federal responsável pela fiscalização das EFPC, além do Conselho Fiscal da SIAS, órgão estatutário de fiscalização interna, adotando robustas práticas de governança e transparência em sua gestão, por exemplo, submetendo-se semestralmente à auditoria externa independente, em que pese a legislação vigente somente exija das EFPC uma auditoria anual.

Ademais, as informações relativas à gestão da SIAS, além de encaminhadas à PREVIC, aos Conselhos Deliberativo e Fiscal e aos auditores externos independentes, são disponibilizadas ao público no site da entidade.

Dentre os documentos disponibilizados para acesso público no site da SIAS, destacamos o Relatório Anual de Informações – RAI, os Relatórios de Avaliação Atuarial, as Demonstrações Atuariais, os Balancetes Contábeis, os Relatórios de População e Benefícios, o Estatuto Social, os Regulamentos dos Planos de Benefícios, dentre outros, sendo possível obter por intermédio destes documentos informações a respeito da gestão da SIAS, da governança institucional, dos serviços assistenciais, dos investimentos dos recursos garantidores, dos contratos firmados com prestadores de serviços, do recebimento e do pagamento de recursos aos participantes, assistidos e beneficiários, bem como aos prestadores de serviços.

Em arremate, todos os integrantes da Diretoria Executiva, dos Conselhos Deliberativo e Fiscal da SIAS são designados de acordo com os requisitos e procedimentos previstos nas Leis Complementares nº 108 e 109, ambas de 2001, na Resolução CNPC nº 35/2019, nas normas e diretrizes exaradas pela Previc, no Estatuto Social e no Regimento Interno da SIAS, submetendo-se a análise de vida pregressa mediante a exigência de certidões públicas cíveis, registrais e criminais, comprovação de experiência e capacitação técnica exigida para o exercício dos respectivos cargos, certificação profissional perante as instituições competentes, bem como habilitação e autorização para o exercício dos cargos pela Previc.

Isto posto e feitos os necessários protestos e esclarecimentos iniciais, passaremos a tecer as considerações pertinentes.

## 2. DAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS DA SIAS E DOS PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS POR ADESÃO

Em reiteração à CT DP 014/2024, relembramos que a Sociedade Ibgeana de Assistência e Seguridade – SIAS é uma entidade fechada de previdência complementar (EFPC), estruturada sob a forma de



sociedade civil sem fins lucrativos, regida pelas Leis Complementares nº 108 e 109, ambas de 2001, e fiscalizada pela Superintendência Nacional de Previdência Complementar – PREVIC.

Dada a sua natureza jurídica, a SIAS tem como objeto social e finalidade precípua a administração e a execução de planos de benefícios previdenciários, atuando em observância e nos estritos limites fixados pela legislação de regência, conforme preceitua o art. 32 da Lei Complementar nº 109/2001.

Art. 32. As entidades fechadas têm como objeto a administração e execução de planos de benefícios de natureza previdenciária.

Parágrafo único. **É vedada** às entidades fechadas **a prestação de quaisquer serviços que não estejam no âmbito de seu objeto**, observado o disposto no art. 76.

O dispositivo legal supramencionado, além de fixar o objeto social das EFPC, estabelece em seu parágrafo único vedação expressa para o exercício de atividades alheias à administração e execução de planos de benefícios previdenciários.

Embora o oferecimento de planos de saúde não esteja abrangido no objeto social e escopo legal das EFPC, pensando no bem-estar de seus participantes e assistidos, e dentro dos limites impostos pela legislação vigente, a SIAS estipulou 2 (dois) contratos coletivos por adesão com a operadora Unimed-Rio (Contratos nº 4237 e 39897), 1 (um) contrato com a operadora AMIL e 1 (um) contrato com a operadora ASSIM Saúde, além de outros serviços assistenciais estipulados pela SIAS, conforme demanda e sugestão dos participantes e assistidos da entidade.

Com relação aos contratos de plano de saúde coletivos por adesão estipulados perante a Unimed-Rio, ora administrados pela Unimed FERJ por determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a SIAS figura como estipulante no Contrato nº 4237, doravante Contrato 1, e coestipulante no Contrato nº 39897, doravante Contrato 2.

**A SIAS, portanto, não administra qualquer plano de saúde e não pode ser responsabilizada por problemas causados pelas operadoras.** Esse entendimento, inclusive, resta sedimentado no Superior Tribunal de Justiça (STJ) e do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ), cuja jurisprudência pacífica estabelece a ilegitimidade passiva *ad causam* dos estipulantes no que tange aos atos praticados pelas operadoras de planos de saúde.

Não obstante, a SIAS, sem ultrapassar os limites impostos pela legislação que regulamenta as EFPC, monitora constantemente a execução dos contratos e procura estabelecer interlocução com as operadoras contratadas, sempre no interesse dos beneficiários.

No Contrato 1, celebrado em julho de 2005, cujo início de vigência ocorreu 01 de agosto de 2005, a SIAS, na condição de estipulante, pactuou diretamente com a Unimed-Rio o plano de saúde coletivo



por adesão disponibilizado para contratação facultativa dos participantes e assistidos da entidade, eis que a legislação à época vigente permitia que os contratos da modalidade coletivo por adesão fossem celebrados diretamente pelas operadoras, as quais assumiam todos os encargos operacionais e financeiros decorrentes,

Posteriormente, em julho de 2009, com o advento das RN nº 195 e 196, ambas de 2009, a ANS passou a proibir expressamente as operadoras de celebrarem diretamente contratos coletivos por adesão com a assunção dos riscos financeiros, exigindo a intermediação das chamadas “administradoras de benefícios”, a quem a ANS incumbiu legalmente os riscos operacionais e financeiros dos contratos.

Perceba-se, portanto, que a contratação de planos de saúde coletivos por adesão por intermédio de uma administradora de benefícios não é uma opção da SIAS, e sim uma imposição legal da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Em virtude do novel regramento, todos os contratos de planos de saúde coletivos por adesão celebrados sob as regras anteriormente vigentes deveriam se adaptar às novas normas da ANS ou serem fechados para outras adesões.

Sendo assim, tendo em vista o fechamento do Contrato 1 com a Unimed-Rio para adesão de novos titulares e para atender as inúmeras demandas de participantes com interesse em ingressar em planos de saúde coletivos por adesão, em 2011 a SIAS realizou cotação de mercado para a contratação de uma administradora de benefícios, a fim de assegurar a manutenção da oferta de plano de saúde coletivo por adesão aos participantes e assistidos da entidade.

Ao final do processo, o Conselho Deliberativo da SIAS analisou as propostas apresentadas à entidade e decidiu contratar a MAPMA Administradora de Benefícios, que passou a ser a estipulante dos planos de saúde coletivos por adesão posteriormente aderidos (coestipulados) pela SIAS, quais sejam, o Contrato 2 da Unimed-Rio, e os contratos com as operadoras AMIL e ASSIM Saúde, com exceção do Contrato 1 da Unimed-Rio, no qual a SIAS continuou como única estipulante e a MAPMA como corretora, auxiliando na interlocução com a operadora em prol dos beneficiários.

Por conseguinte, em 2012, o Conselho Deliberativo da SIAS aprovou a celebração do contrato coletivo de plano de saúde por adesão nº 39897 (Contrato 2), estipulado pela MAPMA Administradora de Benefícios perante a Unimed-Rio e disponibilizado pela administradora às pessoas jurídicas legitimadas a contratar, dentre as quais a SIAS, que o aderiu na condição de coestipulante.

Os detalhes e esclarecimentos acerca da alteração da legislação e da necessidade de contratação de uma administradora de benefícios e da celebração de um novo contrato de plano de saúde são de conhecimento público há mais de 1 (uma) década, tendo sido amplamente divulgados pela SIAS



em seus canais oficiais de comunicação, dentre outros, a exemplo dos comunicados institucionais SIAS Comunica nº 11/2012 e 17/2012.

Posteriormente, visando incrementar as opções disponíveis para seus participantes e assistidos, a SIAS aderiu a outros 2 (dois) contratos coletivos de plano de saúde por adesão estipulados pela MAPMA Administradora de Benefícios, desta vez perante as operadoras ASSIM Saúde e AMIL, estando o contrato com esta última rescindido unilateralmente pela operadora, conforme se esclarecerá adiante em tópico específico.

Portanto, à luz da legislação atualmente vigente, para a contratação dos planos de saúde coletivos por adesão deverão ser obedecidos, além dos limites impostos pelas normas de regência das EFPC, os pressupostos fixados pela legislação e normas regulamentares relativas ao sistema de saúde suplementar, com especial destaque para as Leis nº 9.656/98 e 9.961/2000, bem como para as normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A esse respeito, esclarecemos que atualmente as normas da ANS somente autorizam que pessoas jurídicas realizem a contratação de planos de saúde coletivos nas 3 (três) hipóteses consagradas no art. 29 da Resolução Normativa ANS nº 557/2022, abaixo destacado:

Art. 29. As pessoas jurídicas de que trata esta resolução poderão reunir-se para contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, podendo tal contratação realizar-se:

I - diretamente com a operadora; ou

II - com a participação de administradora de benefícios, nos termos do artigo 4º da Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, ou norma que vier a sucedê-la; ou

III - com a participação da Administradora de Benefícios na condição de coestipulante do contrato firmado com a operadora de plano de assistência à saúde, desde que a Administradora assumo o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica contratante, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.

Com relação à hipótese de contratação direta com a operadora, prevista no inciso I do art. 29, é preciso observar as regras constantes dos arts. 19 e 20 da mesma RN ANS nº 557/2022, os quais estabelecem que compete à pessoa jurídica contratante realizar o pagamento da fatura do plano de saúde coletivo por adesão, sendo vedado que a operadora contratada realize diretamente a cobrança da contraprestação pecuniária referente aos serviços prestados. Vejamos:



Art. 19. O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante de plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão.

Art. 20. A operadora contratada não poderá efetuar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários de contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão.

Destarte, justamente em virtude de o art. 19 da RN ANS nº 557/2022 atribuir à pessoa jurídica contratante a responsabilidade pelo pagamento dos serviços prestados pela operadora, ou seja, pela fatura, é vedado à SIAS celebrar a citada contratação direta. Isto, pois, como visto anteriormente, o art. 32, parágrafo único, da Lei Complementar nº 109/2001 expressamente veda que as EFPC pratiquem atividade diversa à administração e execução de planos de benefícios previdenciários, sendo expressamente proibido que os recursos dos planos de benefícios previdenciários sejam utilizados para finalidades diversas ao pagamento dos benefícios contratados.

Nesse tocante, a gestão financeira dos contratos coletivos por adesão, inclusive com a assunção do risco de inadimplemento, configuraria frontal violação à legislação de regência das entidades fechadas de previdência complementar, razão pela qual, no caso da SIAS, resta absolutamente vedada pela lei a contratação direta e a gestão financeira de planos de saúde coletivos por adesão.

De acordo com o art. 19, *caput*, da Lei Complementar nº 109/2001, o patrimônio das EFPC é constituído por contribuições previdenciárias destinadas ao pagamento dos benefícios de caráter previdenciário previstos nos regulamentos dos planos de benefícios.

Art. 19. As contribuições destinadas à constituição de reservas terão como finalidade prover o pagamento de benefícios de caráter previdenciário, observadas as especificidades previstas nesta Lei Complementar.

Dessa forma, a assunção dos riscos financeiros atinentes aos contratos coletivos por adesão de plano de saúde às expensas dos recursos garantidores dos planos de benefícios previdenciários configuraria flagrante ilegalidade, o que revela a impossibilidade jurídica de contratação direta de planos de saúde coletivos por adesão por parte da SIAS.

Pelas mesmas razões, não é possível que a SIAS realize a contratação de planos de saúde coletivos por adesão na hipótese prevista no inciso II, do art. 29, da RN ANS nº 557/2022, eis que neste caso a administradora de benefícios atua como mera auxiliar da pessoa jurídica contratante, recaindo sobre a SIAS a responsabilidade financeira pelo contrato, o que, como visto, é vedado pela legislação vigente.



Resta-nos, portanto, a possibilidade de contratação de plano de saúde coletivo por adesão na forma prevista no inciso III, do art. 29, da RN ANS nº 557/2022, sendo imprescindível a figura da administradora de benefícios, que atuará na condição de estipulante e responsável financeira pelo contrato, assumindo os riscos resultantes da operação, inclusive, no que tange à eventuais prejuízos financeiros.

Evidentemente, em razão do trabalho realizado e dos riscos operacionais, jurídicos e financeiros assumidos pela administradora de benefícios na contratação dos planos de saúde, é razoável inferir que a mesma obtenha remuneração para tanto, a qual não é pactuada ou paga pela SIAS, e sim pelas operadoras.

A esse respeito, há de se salientar que esse aspecto é de conhecimento público há mais 1 (uma) década, haja vista que à época da alteração normativa realizada pela ANS e da consequente contratação da referida administradora de benefícios, a SIAS divulgou comunicado institucional (SIAS Comunica nº 17/2012), dando ampla publicidade ao assunto e esclarecendo seus principais aspectos, dentre os quais destacamos:



EDIÇÃO Nº17 – JULHO/2012

**PLANO MÉDICO-HOSPITALAR – UNIMED-RIO  
PERGUNTAS E RESPOSTAS**

**1. Por que a SIAS contratou novo plano médico-hospitalar para seus participantes e assistidos?** Em julho de 2009, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) editou a Resolução Normativa Nº 195 que dispôs sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamentou sua contratação, e instituiu a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde, além de outras providências. A ANS também editou em julho de 2009 a Resolução Normativa Nº 196, que dispôs sobre a Administradora de Benefícios para planos de saúde. As regras dispostas nas resoluções, se implementadas pela SIAS com a adaptação do plano médico-hospitalar SIAS - Unimed-Rio (Contrato 1), iniciado em 1º/08/2005, trariam para a entidade responsabilidades e riscos adicionais (ex. cobrança, cobertura da inadimplência etc.) não compatíveis com a sua precípua finalidade que é a de administrar planos de benefícios previdenciários.

**2. Por esse motivo a SIAS não adaptou o Contrato 1 às novas regras da ANS?** Exatamente. E a não adaptação do Contrato 1 às regras da ANS ensejaram a que o Contrato 1 não pudesse receber novas adesões a partir de julho de 2009, ressalvados os casos de novo cônjuge e filhos do titular. Com isso, visando atender aos participantes e assistidos sem cobertura à saúde e impossibilitados de aderir ao Contrato 1, a SIAS decidiu contratar novo plano médico-hospitalar.



**3. O novo plano médico-hospitalar está adaptado às regras da ANS? Sim.** Está totalmente adaptado.

**4. E por que foi contratada uma administradora de benefícios?** Em conformidade com a Resolução Normativa ANS nº 196/2009, a SIAS decidiu pela contratação de uma Administradora de Benefícios para que esta responda, administrativa e financeiramente, pelos contratos coletivos por adesão dos novos planos de saúde (médico e odontológico) oferecidos aos participantes e assistidos da SIAS. Após processo seletivo, em agosto de 2011 a SIAS contratou a MAPMA Administradora de Benefícios para esse fim. Por meio da MAPMA foi contratada a Unimed-Rio e a Odontoprev.

**5. Os serviços da Administradora impactaram no custo das mensalidades do novo plano médico?** Sim. É evidente que pelas responsabilidades e riscos assumidos pela administradora o custo é repassado aos usuários do plano. Mas o cálculo das mensalidades de um plano médico a ser implantado está condicionado a projeções atuariais, ao elenco de benefícios a serem oferecidos e da massa a que se espera ter.

Nos termos do aludido art. 29, inciso III, da RN ANS nº 557/2022, a administradora de benefícios, na condição de estipulante, realiza a contratação do plano de saúde coletivo perante a operadora e sua posterior comercialização, nos termos do art. 5º da RN ANS nº 515/2022:

Art. 5º. A Administradora de Benefícios poderá contratar plano privado de assistência à saúde, na condição de estipulante de plano coletivo, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar, desde que a Administradora assuma o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.

**Pelo exposto, percebe-se que a SIAS passou a coestipular os referidos planos de saúde coletivos por adesão por intermédio da MAPMA Administradora de Benefícios por exigência da legislação, e não por opção da entidade.**

No tocante a atuação da SIAS em prol de seus participantes e assistidos na intermediação da relação entre os mesmos com a MAPMA Administradora de Benefícios e com as operadoras, questionada pela Comissão de Saúde DAPIBGE, cumpre-nos esclarecer que a mesma ocorre por duas razões.

A primeira delas se refere ao procedimento de adesão dos participantes e assistidos aos aludidos contratos, sendo necessária para que a operadora verifique que os mesmos possuem vínculo com a entidade contratante. Ou seja, se o contrato coletivo por adesão fora pactuado pela SIAS em prol de seus associados, para fazer parte daquela relação jurídica específica é necessário que a pessoa interessada seja participante ou assistido da SIAS, o que resta analisado e comprovado pela entidade quando recebe o requerimento, confere e encaminha para a operadora.

A segunda razão para a interveniência da SIAS tem por intuito intermediar a comunicação dos beneficiários com a operadora, auxiliando-os em suas solicitações, a exemplo dos pedidos de cancelamento. Nesses casos, a interveniência da SIAS não decorre de uma obrigação contratual ou





legal, tratando-se de uma comodidade promovida pela entidade a seus participante e assistidos. No entanto, nada impede que os mesmos, caso assim desejem, se relacionem diretamente com a operadora e/ou administradora de benefícios, solicitando os respectivos pedidos de cancelamento ou outras providências sem o auxílio da SIAS.

### 3. DOS REAJUSTES DAS MENSALIDADES DOS PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS POR ADEÇÃO

Esclarecidos novamente os aspectos atinentes à necessidade de contratação dos planos de saúde coletivos por adesão, que no caso da SIAS somente são possíveis via Administradora de Benefícios por imposição da legislação vigente, passaremos a elucidar as questões relativas aos reajustes das mensalidades dos planos de saúde coletivos.

Conforme abordado pelos representantes da SIAS no amplo debate organizado pelo DAPIBGE e, posteriormente, reiterado por escrito via CT DP nº 005/2024, encaminhada ao DAPIBGE em 30/01/2024, e CT DP nº 014/2024, encaminhada ao IBGE em 12 de março de 2024, os planos de saúde coletivos por adesão se submetem a três hipóteses de reajustes, as quais poderão incidir cumulativa ou isoladamente. São elas: 1) reajuste por faixa etária; 2) reajuste financeiro; e 3) reajuste técnico.

O reajuste por faixa etária é aquele previsto na legislação dos planos de saúde e regulamentado pelo art. 2º da Resolução Normativa ANS nº 63/2003, em decorrência da variação de idade dos beneficiários, a fim de promover o equilíbrio técnico do contrato e o custeio equitativo entre os usuários do plano de saúde.

O reajuste técnico está atrelado ao Índice de Sinistralidade – IS, que consiste, em apertada síntese, na taxa de uso do plano de saúde pelos beneficiários no período de 12 (doze) meses. Ou seja, somente ocorrerá reajuste técnico quando ultrapassado o índice de despesas assistenciais (sinistro) fixado em contrato.

No caso dos contratos pactuados pela SIAS face à Unimed-Rio, está previsto que o reajuste técnico apenas ocorrerá quando a taxa de uso do plano (Índice de Sinistralidade) ultrapassar 80%.

Vale destacar que esse patamar de 80% quanto ao Índice de Sinistralidade praticado nos contratos pactuados pela SIAS é superior à média praticada no mercado, que usualmente adota 70% ou menos, tratando-se de um aspecto que contribui positivamente para os beneficiários da SIAS, na medida em que mitiga o risco de incidência do reajuste técnico, especialmente por se tratar de massa de beneficiários com avançada idade.

Por sua vez, o reajuste financeiro tem a finalidade de recompor a variação dos custos médicos suportados pela operadora no período, bem como para permitir o custeio de novos procedimentos incluídos no rol da Agência Nacional de Saúde – ANS, estando atrelado contratualmente ao índice



VCMH – Variação do Custo Médico Hospitalar. Nos contratos coletivos, quando necessário o reajuste financeiro, este será realizado anualmente e informado pela operadora à ANS e ao estipulante, nos termos da Lei nº 9.659/98 e da Resolução Normativa ANS nº 565/2022.

Cumpra esclarecer que o patamar do reajuste financeiro poderá variar entre as operadoras, haja vista que depende da oscilação de custos para a manutenção de suas operações e, conseqüentemente, das características dos planos oferecidos por cada uma ao seu respectivo público. Isto é, uma operadora com uma rede mais extensa e mais serviços agregados, em tese, poderia ter um custo maior que uma operadora que ofereça um produto com uma rede inferior (quantitativa e/ou qualitativamente).

Ainda que contratados via administradora de benefícios, a exemplo dos planos de saúde coletivos por adesão da Unimed-Rio (Contrato 2), da ASSIM Saúde e da AMIL, a SIAS, porquanto coestipulante dos contratos, possui a prerrogativa contratual e legal de participar da negociação dos reajustes, o que realiza com atenção e zelo pelos direitos dos beneficiários, sempre com o objetivo precípua de obter o menor incremento de custo possível para os participantes e assistidos.

Nesse tocante, além do acompanhamento rotineiro quanto à execução do contrato, durante a negociação a SIAS e a MAPMA analisam os dados apresentados pelas operadoras quanto à taxa de uso do plano (Índice de Sinistralidade – IS), o que permite verificar a ocorrência ou não dos requisitos que autorizam o reajuste técnico do contrato. Além disso, são analisados os índices financeiros praticados pelo mercado, a exemplo do VCMH – Variação do Custo Médico-Hospitalar médio das operadoras, dos reajustes aplicados em contratos com características similares e também diversas aos celebrados pela entidade, a fim de fundamentar os argumentos apresentados pela SIAS nas tratativas.

No mais, a SIAS compreende a preocupação de seus participantes e assistidos quanto aos custos e funcionamento dos planos de saúde, assunto sensível e importante para muitas famílias em nosso país. Por essa razão, a entidade permanentemente se empenha em buscar os menores reajustes possíveis, sem prejuízo da qualidade dos serviços.

Não obstante, é de conhecimento público que o modelo de saúde suplementar em nosso país enfrenta uma grave crise, sendo amplamente noticiado pela mídia os enormes prejuízos financeiros acumulados ano após ano pelas operadoras e os altos patamares de reajuste aplicados pelas operadoras de planos de saúde.

Em adendo, o modelo atual de reajustes e estruturação dos contratos é aquele permitido pela legislação vigente e pelo órgão de fiscalização (ANS) às operadoras, restando aos beneficiários e às pessoas jurídicas contratantes (por exemplo, a SIAS) o permanente trabalho de acompanhar o mercado na busca das melhores oportunidades e condições.



Portanto, embora a entidade também compartilhe do entendimento de que os reajustes impostos pelas operadoras e, frise-se, permitidos pela legislação, encontram-se em patamares elevados, a SIAS orienta sua atuação pela cautela e prevenção de prejuízos aos seus participantes e assistidos, razão pela qual compreendemos que qualquer movimento contratual ou jurídico abrupto poderá afetar o bem-estar e o interesse de milhares de pessoas vinculadas aos contratos coletivos em questão.

É importante lembrar, novamente, que a SIAS é uma entidade fechada de previdência complementar organizada sob a forma de sociedade civil sem fins lucrativos. **Por não ser um órgão de Estado investido de poderes regulatórios, fiscalizatórios e coercitivos, a SIAS, assim como qualquer outra pessoa física ou jurídica de direito privado, atua no limite de suas capacidades legais e contratuais, não podendo compelir as operadoras a adotarem quaisquer práticas, papel este que somente é possível ao Estado por meio dos poderes constituídos**, em especial o Poder Legislativo, a quem compete legislar e normatizar as questões relativas à sociedade brasileira.

Cabe destacar, ainda, os desafios enfrentados pela SIAS no que tange aos contratos coletivos de planos de saúde, haja vista a avançada idade da massa de beneficiários, majoritariamente composta por pessoas idosas, bem como a vasta dispersão territorial dos mesmos por todas as unidades federativas. Nesse sentido, do público total da SIAS, ou seja, de todos participantes e assistidos potencialmente elegíveis à contratação do plano de saúde coletivo por adesão, frise-se que 89% (oitenta e nove por cento) se encontra na última faixa etária definida pela ANS, sendo que da massa atualmente vinculada aos planos médicos estipulados pela SIAS, 70% (setenta por cento) se encontram nessa última faixa etária.

Isto posto, ainda que a SIAS não esteja de acordo com atual modelo de saúde suplementar vigente no país, aprovado e imposto pelo Poder Legislativo e pela ANS, neste momento a entidade não pretende rescindir os contratos de plano de saúde ora vigentes, por entender que a medida seria demasiadamente drástica e prejudicial a milhares de pessoas com idades avançadas e possíveis doenças pré-existentes, sujeitando-as a prazos de carência previstos na legislação em caso de contratação de outros planos de saúde.

#### **4. DA MIGRAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DA UNIMED-RIO PARA A UNIMED FERJ**

É importante esclarecer que a Unimed-Rio fora escolhida pela SIAS, há aproximadamente 2 (duas) décadas, com base nas necessidades dos participantes e assistidos da SIAS, isto é, considerando, dentro do possível, a melhor relação custo-benefício, a faixa etária do público alvo, sua dispersão pelo território nacional, com maior concentração na área de abrangência da Unimed-Rio, bem como outros fatores.



À época, a Unimed-Rio era a maior e mais renomada operadora do Sistema Nacional Unimed, sendo ainda uma das maiores operadoras de planos de saúde do Brasil, contando com vasta rede de atendimento e atuação em nível nacional, também avaliada positivamente pela ANS.

Todavia, conforme amplamente divulgado na mídia e demais meios de comunicação, nos últimos anos a operadora Unimed-Rio passou a enfrentar sérios problemas econômico-financeiros e, por conseguinte, operacionais, os quais acarretaram inúmeros transtornos aos aproximadamente 500.000 (quinhentos mil) beneficiários da operadora, dentre os quais os participantes e assistidos da SIAS então vinculados aos Contratos nº 4237 e 39897.

A SIAS, enquanto contratante dos planos de saúde coletivos disponibilizados pela Unimed-Rio, sempre acompanhou detidamente a atuação da operadora, de modo que constatada a deterioração da solidez financeira e operacional Unimed-Rio, a entidade adotou diversas medidas face à operadora, ao Sistema Unimed e à ANS para mitigar os prejuízos a seus participantes e assistidos, inclusive, intervindo em todos os casos repassados à entidade pelos beneficiários prejudicados.

Nesse sentido, a Diretoria Executiva da SIAS, com a ciência dos Conselhos Deliberativo e Fiscal, emitiu, de forma reiterada, cobranças contundentes à Unimed-Rio e ao Sistema Unimed para a rápida resolução dos problemas, por meio de ofícios e de notificações extrajudiciais.

A gravidade da situação fora tamanha, que a ANS realizou intervenção na Unimed-Rio, face a precariedade da situação econômico-financeira da operadora, tendo sido celebrado Termo de Ajustamento de Conduta – TAC com a interveniência do Ministério Público Federal – MPF, do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro – MPRJ e da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro – DPERJ.

Constatada a inviabilidade de recuperação operacional e econômico-financeira da operadora, em 05 de março de 2024, a ANS determinou a migração total da massa de beneficiários da Unimed-Rio para a Unimed FERJ, em reunião conjunta que contou com a participação do MPF, MPRJ, DPERJ, Unimed-Rio, Unimed FERJ, Unimed do Brasil e Central Nacional Unimed<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/beneficiarios-da-unimed-rio-passarao-a-ser-atendidos-pela-unimed-ferj>.



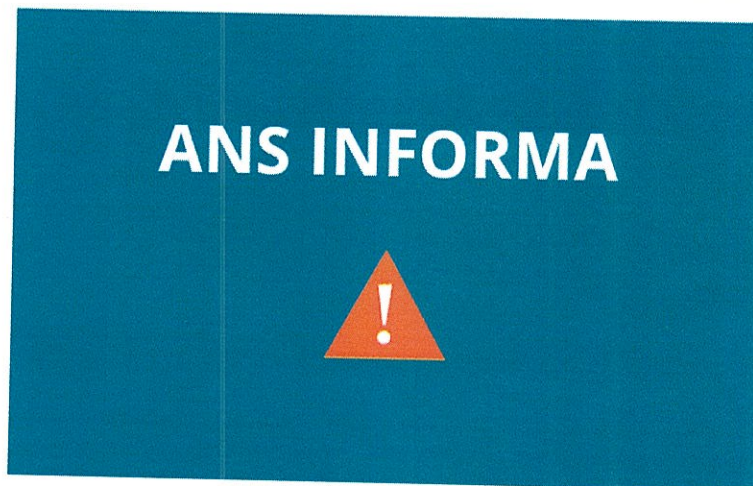
## CONSUMIDOR

## Beneficiários da Unimed-Rio passarão a ser atendidos pela Unimed Ferj

Transferência total de carteira foi aprovada em reunião nesta terça-feira, 05/03, e será realizada em abril. Atendimento aos beneficiários não será interrompido

Publicado em 05/03/2024 17h38 · Atualizado em 12/06/2024 16h56

Compartilhe [f](#) [X](#) [in](#) [v](#) [@](#)



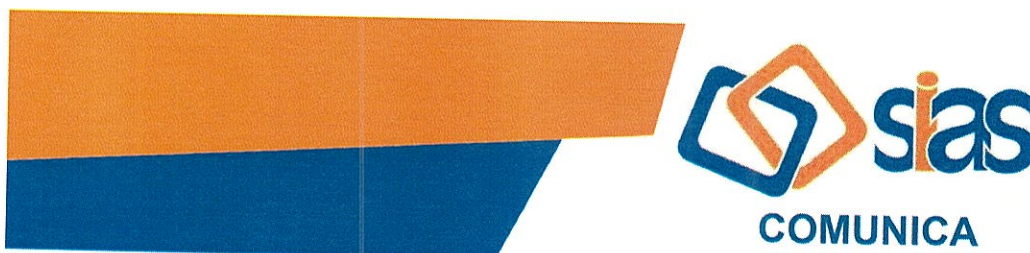
**N**a manhã desta terça-feira, 05/03/2024, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) reuniu-se com o Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual, Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, Unimed-Rio, Unimed Ferj, Unimed do Brasil e Central Nacional Unimed, antes que assinaram o Termo de Compromisso feito em novembro de 2016 com a operadora Unimed-Rio. Os participantes concordaram e assinaram a decisão de que a Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médio do Rio de Janeiro LTDA fará a transferência de todos os seus beneficiários para a Unimed do Estado do Rio de Janeiro - Federação Estadual das Cooperativas Médicas (Unimed Ferj).

Ao contrário do que alega equivocadamente a Comissão de Saúde do DAPIBGE, não houve negociação para a migração de beneficiários da Unimed-Rio para a Unimed FERJ, não tendo a SIAS qualquer participação ou ingerência na questão, tratando-se de determinação exarada pelo órgão de regulação e supervisão do sistema de saúde suplementar (ANS).

Igualmente errônea é a alegação de que a SIAS teria descumprido qualquer prazo para fins de comunicação aos beneficiários da aludida decisão de migração. Isto pois, conforme demonstrado acima a decisão da ANS determinando a migração de beneficiários da Unimed-Rio para a Unimed FERJ fora exarada em 05 de março de 2024, tendo a SIAS divulgado no dia seguinte, 06 de março de



2024, o SIAS Comunica nº 13<sup>2</sup>, dando conhecimento a seus participantes e assistidos acerca do ocorrido, o qual destacamos o trecho inicial abaixo:



EDIÇÃO Nº 13 – MARÇO/2024

#### UNIMED-RIO – UNIMED FERJ

Ontem, 05/03/2024, o site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou a notícia de que a Diretoria da ANS se reuniu com o Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual, Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, Unimed-Rio, Unimed Ferj, Unimed do Brasil e Central Nacional Unimed, antes que assinaram o Termo de Compromisso feito em novembro de 2016 com a operadora Unimed-Rio. Os participantes concordaram e assinaram a **decisão de que a Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médio do Rio de Janeiro LTDA fará a transferência de todos os seus beneficiários para a Unimed do Estado do Rio de Janeiro - Federação Estadual das Cooperativas Médicas (Unimed Ferj).**

Além do aludido SIAS Comunica nº 13/2024, a SIAS divulgou inúmeros outros comunicados institucionais a respeito do assunto, cumprindo integralmente seu dever de informar.

Isto posto, novamente resta comprovado que não assiste razão à Comissão de Saúde do DAPIBGE em suas alegações, tendo em vista que a SIAS, embora não tenha sido cientificada oficialmente pela operadora ou pela ANS, responsável pela migração, divulgou a seus participantes e assistidos, no dia seguinte à determinação exarada pela Agência.

#### 5. DO CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO COM A OPERADORA AMIL

Face a crise econômico-financeira da Unimed-Rio, em 30 de julho de 2021 a SIAS celebrou o contrato “Termo de Inclusão de Entidade” com a operadora AMIL Assistência Médica Internacional S.A. e com a MAPMA Administradora de Benefícios, aderindo na condição de coestipulante, ao contrato de plano de saúde coletivo por adesão estipulado pela administradora de benefícios face a citada operadora em 01 de julho de 2020.

Conforme divulgado no SIAS Comunica nº 53/2021<sup>3</sup>, de 09 de setembro de 2021, o referido plano de saúde coletivo por adesão da operadora AMIL foi disponibilizado aos participantes e assistidos

<sup>2</sup> <https://sias.org.br/wp-content/uploads/2024/03/13-Atendimento-da-Unimed-Rio.pdf>

<sup>3</sup> <https://sias.org.br/wp-content/uploads/2023/02/53-Nova-Bandeira-AMIL.pdf>



da entidade para adesão facultativa daqueles que assim desejassem em 31 de agosto de 2021, um mês após a adesão por parte da SIAS, prazo este necessário para a elaboração de formulários e implementação de rotinas operacionais pelas partes.

Em julho de 2022, conforme divulgado no SIAS Comunica nº 35/2022<sup>4</sup>, a operadora AMIL implementou o reajuste contratual das mensalidades do plano de saúde coletivo por adesão, haja vista o disposto no contrato pactuado entre a operadora e a administradora de benefícios, aderido em sua integralidade pela SIAS, cuja data inicial de vigência fora 01 de julho de 2020.

Acerca do reajuste financeiro acima mencionado, não assiste razão à Comissão de Saúde do DAPIBGE quando esta alega que “(...) a Operadora AMIL praticou o reajuste anual a partir de 01 de julho de 2022, com apenas dez meses, inferior a um ano, constituindo verdadeira irregularidade, o qual, os servidores do IBGE foram submetidos, sem nenhuma justificativa por parte da SIAS ou do Instituidor (IBGE)”.

Isto, pois, a data-base para fins de reajuste financeiro do contrato de plano de saúde coletivo por adesão se baseia na data de início de vigência do contrato, ainda que outra tenha sido a data de adesão por parte da SIAS ou de quaisquer outros coestipulantes.

Portanto o reajuste financeiro em comento fora implementado pela operadora 1 (um) ano após o início da vigência do contrato celebrado entre a mesma e a estipulante MAPMA Administradora de Benefícios, não havendo qualquer intempestividade no caso.

No que tange ao patamar do reajuste financeiro implementado pela AMIL, com fulcro no contrato e na legislação vigente, cabe esclarecer que apesar dos esforços implementados pela SIAS no bojo das negociações para assegurar as melhores condições a seus participantes e assistidos, a operadora impôs o reajuste financeiro com base na Variação do Custo Médico Hospitalar (VCMH), não acatando aos pleitos desta EFPC.

Entretanto, por se tratar de contrato que à época possuía apenas 73 (setenta e três beneficiários), dos quais 50 (cinquenta) se encontravam na última faixa etária fixada pela ANS (acima de 59 anos) e, deste grupo, 42 (quarenta e duas) pessoas possuíam mais de 71 (setenta e um anos), no decorrer das tratativas com a AMIL, a SIAS e a MAPMA se mantiveram preocupadas não somente em assegurar o menor reajuste possível, mas também em garantir a manutenção do contrato, haja vista que a operadora detinha a prerrogativa contratual de encerrar os planos coletivos por adesão com menos de 100 (cem) beneficiários, o que somente não ocorreu, na ocasião, devido ao árduo trabalho da SIAS e da MAPMA.

<sup>4</sup> <https://sias.org.br/wp-content/uploads/2023/02/35-Reajuste-AMIL.pdf>



Ademais, com relação à alegação de migração de beneficiários da operadora AMIL para Unimed FERJ, novamente se equivoca a Comissão de Saúde do DAPIBGE, haja vista que jamais ocorreu qualquer migração de beneficiários da AMIL para a Unimed FERJ, tampouco existe qualquer comunicação nesse sentido por parte da SIAS.

Outrossim, em 15 de março de 2024, a operadora AMIL Assistência Médica Internacional S.A. comunicou à MAPMA Administradora de Benefícios a rescisão unilateral e imotivada do aludido contrato coletivo por adesão, medida essa também implementada em face de outras administradoras de benefícios e estipulantes.

Após ser notificada pela MAPMA Administradora de Benefícios acerca da rescisão unilateral e imotivada praticada pela AMIL, em face da qual a SIAS se insurgiu veementemente, expressando sua profunda indignação com a postura adotada pela operadora em desrespeito aos beneficiários e a essa coestipulante, **a SIAS implementou esforços e logrou êxito em assegurar a “Portabilidade Especial de Carências” para os beneficiários impactados, garantindo-lhes a possibilidade de adesão facultativa ao plano de saúde da Unimed-Rio (atualmente, Unimed FERJ) com a dispensa de carência.**

Frise-se, mais uma vez, que a medida implementada pela AMIL, unilateral e imotivadamente, impactou não apenas a SIAS e seus beneficiários, mas também milhares de pessoas em todo o país vinculadas também a outros estipulantes, incluindo pessoas portadores de deficiência e/ou sob tratamento de doenças graves, ensejando amplo debate acerca do assunto na Câmara dos Deputados<sup>5</sup>, haja vista que a legislação atualmente vigente permite às operadoras assim procederem.

## 6. CONCLUSÃO

A SIAS compreende que os serviços prestados pelos planos de saúde possuem mensalidades com preços elevados, os quais oneram não somente os participantes e assistidos da entidade, mas a sociedade brasileira como um todo, o que demanda um amplo debate coletivo entre as esferas pública e privada com o objetivo de melhorar o atendimento, reduzir custos e aumentar o acesso a esses produtos.

No que tange à SIAS, em sua esfera de atuação e dentro das limitações legais a que está sujeita, a entidade trabalha incansavelmente para oferecer as melhores oportunidades aos seus participantes e assistidos.

<sup>5</sup> <https://www.camara.leg.br/noticias/1063217-comissao-debate-cancelamentos-de-adesoes-corporativas-pela-amil/>





Reafirmamos que por parte da SIAS jamais houve prestação de serviço inadequada ou irregular, conforme equivocada opinião da Comissão de Saúde do DAPIBGE, tendo a entidade atuado no limite legal de suas competências.

Sendo o que nos competia para o momento, renovamos os protestos de estima e permanecemos à disposição.

Atenciosamente,



**Carlos Alberto Pereira**  
Diretor-Presidente

