

PROCESSO Nº: 33910.007457/2019-50

NOTA TÉCNICA CONJUNTA DIPRO/DIOPE Nº 02/2019/ANS

ASSUNTO: Apuração da Variação da Despesa Assistencial para cálculo do percentual máximo de reajuste que incidirá sobre as contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde médico-hospitalares de contratação individual ou familiar, contratados na vigência da Lei nº 9.656/98 ou a ela adaptados, para aplicação no período de 1º de maio de 2019 a 30 de abril de 2020.

1. INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2018, a ANS estabeleceu nova metodologia de cálculo para definir o índice máximo de reajuste dos planos de saúde individuais e familiares de assistência médico-hospitalar. Esta metodologia é descrita na Resolução Normativa nº 441, de 2018 e combina um Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE), conforme fórmula a seguir:

$$\text{IRPI} = 80\% * \text{IVDA} + 20\% * \text{IPCA Exp.}$$

Onde:

IRPI = Índice Máximo de Reajuste dos Planos Individuais;

IVDA = Índice de Valor das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei nº 9.656, de 1998;

IPCA Exp. = Índice de Preços ao Consumidor Amplo Expurgado do subitem Plano de Saúde.

O IVDA - Índice de Valor das Despesas Assistenciais reflete a variação das despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde e sua fórmula tem três componentes: a Variação das Despesas Assistenciais (VDA), o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE) e a Variação da Receita por Faixa Etária (VFE).

A VDA mensura a variação da despesa assistencial média dos contratos de planos individuais de cobertura médico-hospitalar celebrados após a vigência da Lei nº 9.656, de 1998, tendo como base as despesas assistenciais e a média de beneficiários dos dois anos imediatamente anteriores ao ano de divulgação do índice de reajuste (2017 e 2018). A medida de tendência central – *média da VDA das operadoras ponderada pelo número de beneficiários do período mais recente* – foi consignada no Anexo II da Resolução Normativa nº 441, de 2018, conforme abaixo:

$$VDA_{ta} = \left[\sum_{i=1}^n \frac{\left(\frac{DA_{ita}}{Ben_{ita}} \right)}{\left(\frac{DA_{ita-1}}{Ben_{ita-1}} \right)} x \left(\frac{Ben_{ita}}{Ben_{total\ ta}} \right) \right] - 1$$

Onde:

i = Operadora i

t = último trimestre com dados disponíveis do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde DIOPS/ANS do ano de cálculo do reajuste

a = ano de cálculo do Índice de Reajuste dos Planos Individuais

DA = Despesas assistenciais dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar regulamentados pela Lei nº 9.656, de 1998 acumulados em 12 meses até o trimestre t do ano a da Operadora

Ben = Média de beneficiários dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar regulamentados pela Lei nº 9.656, de 1998 da Operadora

Ben_{total} = Média de beneficiários dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar regulamentados pela Lei nº 9.656, de 1998 no período de 12 meses que antecede o cálculo do reajuste do mercado.

O método de extração das informações, incluindo os procedimentos de tratamento da base de dados utilizados na apuração da variação das despesas assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares posteriores à Lei nº 9.656/98 são objeto de nota técnica específica em consonância ao disposto no Anexo II da RN nº 441, de 2018, estão detalhados a seguir:

2. PROCEDIMENTOS DE EXTRAÇÃO E TRATAMENTO DA BASE DE DADOS DA VDA 2018/2017

2.1. Fonte de Dados

As informações das despesas incorridas na prestação de assistência médico-hospitalar são extraídas das Demonstrações Contábeis informadas pelas operadoras no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS/ANS). Os dados de beneficiários são obtidos através da base do Sistema de Informação de Beneficiários (SIB/ANS). São dados públicos e que podem ser obtidos no Portal Brasileiro de Dados Abertos (<http://dados.gov.br/organization/agencia-nacional-de-saude-suplementar-ans>), conforme ilustrado no quadro a seguir.

Tabela 1 - Obtenção dos dados para o cálculo da VDA dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar posteriores à Lei 9.656/98

Informações/Base de Dados	BASE DE BENEFICIÁRIOS	BASE DA DESPESA ASSISTENCIAL
Nome do conjunto de dados	"Beneficiários com vínculos ativos em planos posteriores à Lei 9.656/98, de cobertura médico-hospitalar preço pré-estabelecido, por tipo de contratação para cálculo da VDA"	"Demonstrações Contábeis"
Localização dos Dados	http://dados.gov.br/dataset/beneficiarios-com-vinculos-ativos-por-tipo-de-contratacao-para-calculo-da-vda	http://dados.gov.br/dataset/http-www-ans-gov-br-perfil-do-setor-dados-abertos-dados-abertos-disponiveis-n3
Resumo do conjunto de dados	Média mensal dos últimos 12 meses do total de vínculos ativos de beneficiários em planos posteriores à Lei 9.656/98 de cobertura médico-hospitalar e modalidade de financiamento pré-estabelecida	Dados Contábeis encaminhados trimestralmente pelas operadoras através do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS.
Período da série de dados	24 trimestres mais recentes (atualização trimestral)	Dados disponíveis a partir de 2007 (atualização trimestral)
Filtros na obtenção dos dados	<p>Extrair dados referentes à Carteira de Planos Individuais de Assistência Médico-Hospitalar Posteriores à Lei 9.656/98.</p> <p>Observação: Esse conjunto de dados já contém todos os procedimentos de extração e tratamentos dos dados de beneficiários aplicáveis ao cálculo da VDA.</p>	CONTAS CONTÁBEIS CONSIDERADAS Extrair contas Contábeis referentes a Eventos Conhecidos de Assistência Médico-Hospitalar_ Preço Pré-estabelecido_ Planos Individuais Posteriores à Lei: 411111x2 .

2.2. Tratamento das bases de dados de beneficiários e das despesas assistenciais

Para apuração da variação da despesa assistencial somente são consideradas operadoras que apresentem dados de beneficiários e das despesas assistenciais correspondentes nos planos individuais de cobertura médico-hospitalar celebrados após a vigência da Lei nº 9.656, de 1998, em dois períodos e sobre informações contábeis auditadas e sem ressalvas. Para atender a esse objetivo faz-se necessário adotar os procedimentos listados a seguir:

Os procedimentos aplicados no tratamento das bases de dados que são comuns tanto à base de beneficiários quanto à base de despesa assistencial são:

- Filtros aplicados para extração das bases de dados:
 - Tipo de contratação: Individual/Familiar;
 - Cobertura Assistencial: Assistência Médica;
 - Época de contratação: Posterior à Lei 9.656/98;
 - Modalidade de financiamento: Preço pré-estabelecido;
 - Modalidades de Operadora: 'Cooperativa Médica', 'Medicina de Grupo', 'Filantropia' e 'Seguradora'.
- Foram excluídas as operadoras durante os 12 meses iniciais de operação contados a partir da data de registro junto à ANS uma vez que são necessários no mínimo dois períodos de 12 meses para apuração da variação da despesa assistencial;
- Foram excluídas as operadoras que tiveram seu registro cancelado junto à ANS desde 12 meses antes da data de cancelamento, dado que as informações destas operadoras não são mais passíveis de monitoramento pela Agência.

Os procedimentos específicos aplicados no tratamento da base de dados de vínculos ativos de beneficiários são:

- Para o cálculo da média dos 12 meses, foram consideradas apenas as operadoras que apresentaram uma sequência ininterrupta de pelo menos um (1) vínculo ativo de beneficiário, uma vez que a VDA mensura a variação do custo por beneficiário.
- Foram consideradas apenas operadoras que apresentaram média de 12 meses maior que 1 vínculo ativo para os dois anos analisados, uma vez que o cálculo da VDA mensura a variação da despesa por beneficiário em dois períodos.

Ressalta-se que todos os procedimentos referentes à base de beneficiários foram aplicados no conjunto de dados disponibilizado no Portal Brasileiro de Dados Abertos denominado "*Beneficiários com vínculos ativos em planos posteriores à Lei 9.656/98, de cobertura médico-hospitalar preço pré-estabelecido, por tipo de contratação para cálculo da VDA*".

Os procedimentos específicos aplicados no tratamento da base de dados da despesa assistencial para o cálculo da VDA são:

- No cálculo da despesa acumulada em 12 meses, assumiu-se o saldo final do quarto trimestre de cada ano calendário como sendo o valor acumulado dos 4 trimestres, uma vez que o filtro de beneficiários já elimina operadoras que não atuavam nos dois anos analisados;
- Foram consideradas apenas as operadoras em que a despesa assistencial acumulada em 12 meses, apresentasse valor positivo e diferente de zero, uma vez que o objetivo é apurar a variação da despesa assistencial média das operadoras que efetivamente atuaram nos dois anos analisados;
- Os valores referentes às contas contábeis de "Eventos - outras formas de pagamento" e "Sistema Único de Saúde - SUS", que não apresentam detalhamento de tipo de plano, foram desconsiderados. Considerando-se que uma alocação por rateio dos valores sem detalhamento de tipo de plano dificultaria a replicação da base pelo público em geral, impediria as operadoras de reconhecer seus próprios valores de despesa assistencial em uma eventual divulgação dos dados por operadora e a imaterialidade dos valores em questão, que representaram apenas 0,69% e 0,60% da despesa assistencial em 2017 e 2018, respectivamente.
- Operadoras que apresentaram ressalvas relacionadas às demonstrações contábeis no 4º trimestre de 2018 de acordo com levantamento realizado pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras como, por exemplo, o não envio de parecer de auditoria ou ressalvas dos auditores sobre as contas contábeis de despesa assistencial, não foram consideradas elegíveis (Documento SEI nº 12949023, no âmbito do Processo nº 33910.012369/2019-70). Objetivou-se a manutenção de uma amostra de operadoras que não apresentasse ressalvas que pudessem comprometer a fidedignidade dos dados.
- Operadoras que apresentaram saldos nas contas contábeis de corresponsabilidade transferida ('31171') ou corresponsabilidade assumida de planos individuais novos ('31111X26') em 2018 não foram consideradas elegíveis. Observando a evolução dos dados trimestrais do DIOPS identificou-se no 4º trimestre de 2018 uma variação negativa significativa das despesas assistenciais registradas na conta 411111x2 - Eventos Conhecidos de Assistência à Saúde Médico-Hospitalar em Planos Individuais/Familiares pós - Lei, sobretudo na modalidade de cooperativas médicas. Essa variação tem origem notadamente no intercâmbio do Sistema Unimed e se deu em função da mudança de classificação dos atendimentos anteriormente considerados como eventuais (portanto não sendo corresponsabilidade) e que passaram a ser tratados como habituais (corresponsabilidade) a partir da definição de um critério operacional estabelecido pelo Sistema Unimed, conforme evidenciado em 83% das notas explicativas das Demonstrações Contábeis*^[1] das Unimed. Uma vez definido como habitual o atendimento deve ser tratado como corresponsabilidade, nos termos estabelecidos pela RN nº 430/2017, e então ser registrado na conta 31171 - *Contraprestações de corresponsabilidade transferida de assistência médico-hospitalar*.

Nas operadoras que apresentam operações de corresponsabilidade, a variação da despesa assistencial é diretamente influenciada pelos seguintes fatores:

- montante de despesas que deixaram de ser registradas na conta contábil 411111x2 - *Eventos Conhecidos de Assistência à Saúde Médico-Hospitalar em Planos Individuais/Familiares pós - Lei* e passaram a ser registradas na

conta 31171 - *Contraprestações de corresponsabilidade transferida de assistência médico-hospitalar* (que não possui detalhamento por tipo de contratação do plano); e

- o montante de despesas oriundas de operações de corresponsabilidade assumida de beneficiários de outras operadoras registradas na conta 41111x2 - *Eventos Conhecidos de Assistência à Saúde Médico-Hospitalar em Planos Individuais/Familiares pós - Lei*.

Assim, no caso dessas operadoras, o cálculo da VDA (variação da despesa assistencial) utilizando-se apenas as contas de eventos (41111x2 - *Eventos Conhecidos de Assistência à Saúde Médico-Hospitalar em Planos Individuais/Familiares pós - Lei*) refletiria apenas a despesa assistencial da operadora realizada diretamente com a sua rede prestadora, deixando de considerar as despesas decorrentes de atendimentos de seus beneficiários na rede de outras operadoras (corresponsabilidade).

Quanto à previsibilidade deste impacto à época da definição da metodologia de reajuste, importa ressaltar que, entre 2013 e 2017, os valores de corresponsabilidade assumida ou transferida representaram no máximo 0,98% da receita com contraprestações de assistência médico-hospitalar, conforme detalhado na tabela 2 a seguir.

Tabela 2 - Participação de Corresponsabilidade Sobre a Receita Médico-Hospitalar

Conta	Grupo de contas	2013	2014	2015	2016	2017	2018
31111	Receita MH	107.263.137.624	125.791.858.575	141.701.879.602	160.963.381.743	178.015.457.223	205.545.927.914
31111XXX6	Corresponsabilidade assumida	700.977.902	691.463.597	677.385.219	779.517.637	771.117.718	9.506.146.387
31111X26	- Individuais/Familiares pós - Lei	723.218	14.667.679	8.577.728	11.930.650	14.622.115	5.125.154
31171	Corresponsabilidade transferida	-1.039.616.108	-1.229.586.910	-829.276.062	-663.778.444	-653.837.175	-11.602.155.507

Conta	Grupo de contas	2013	2014	2015	2016	2017	2018
31111	Receita MH	100%	100%	100%	100%	100%	100%
31111XXX6	Corresponsabilidade assumida	0,65%	0,55%	0,48%	0,48%	0,43%	4,62%
31111X26	- Individuais/Familiares pós - Lei	0,00%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,00%
31171	Corresponsabilidade transferida	-0,97%	-0,98%	-0,59%	-0,41%	-0,37%	-5,64%

Fonte: ANS/DIOPS, dados extraídos em 10/05/2019

Não obstante a RN 430/2017 já estar vigente, até o 3º trimestre de 2018 e portanto no período que antecedeu a edição da nova metodologia de reajuste dos planos individuais/familiares (RN 441/2018), não foi detectado nenhum comportamento atípico nas despesas assistenciais em planos individuais oriundo de operações de corresponsabilidade. Contudo, a partir do 4º trimestre de 2018 foi detectado movimento não usual de corresponsabilidade concentrado em operadoras que utilizam o mecanismo de intercâmbio (notadamente, Cooperativas Médicas).

Tabela 3 - Evolução Trimestral dos Saldos de Corresponsabilidade Médico-Hospitalar em 2018

Trimestres	Corresponsabilidade assumida MH	Corresponsabilidade transferida MH
1º trim 2018	335.931.852	-323.610.312
2º trim 2018	386.849.932	-366.421.269
3º trim 2018	498.767.272	-486.496.133
4º trim 2018	8.284.597.332	-10.425.627.794
2.018	9.506.146.387	-11.602.155.507

Fonte: ANS/DIOPS, dados extraídos em 10/05/2019

Como a conta de registro das operações de corresponsabilidade transferida no Plano de Contas Padrão vigente em 2018 (conta 31171 - *Contraprestações de corresponsabilidade transferida de assistência médico-hospitalar*) não é detalhada por tipo de contratação de plano, resta impossibilitada a recomposição dos eventos da carteira de planos individuais ou familiares posteriores à Lei 9.656/98 através dos registros contábeis informados no DIOPS conforme previsto na metodologia regulamentada. Qualquer tentativa de recomposição necessariamente dependeria de informações de relatórios gerenciais não auditados das operadoras afetadas. Tal possibilidade constituiria afronta à transparência e confiabilidade dos dados, que são pilares da metodologia regulamentada de cálculo do reajuste.

Assim, para cumprimento da metodologia regulamentada na Resolução Normativa nº 441/2018, operadoras que apresentaram saldos nas contas contábeis de corresponsabilidade transferida ('31171') ou corresponsabilidade assumida de planos individuais novos ('31111X26') em 2018 não foram consideradas elegíveis para o cálculo da VDA.

2.3. Operadoras elegíveis para o cálculo da VDA

Como resultado da aplicação desses procedimentos, 188 operadoras foram consideradas elegíveis para cálculo da Variação das Despesas Assistenciais para fins de cálculo de índice máximo de reajuste de 2019.

A Tabela 4 a seguir resume os resultados da aplicação dos procedimentos na sequência em que os mesmos foram aplicados.

Tabela 4 - Tratamentos aplicados na base de despesas para cálculo da VDA 2018/2017

Tratamentos aplicados na base de despesas	Operadoras	Variação	% da base anterior	Despesa Assistencial	Variação	% da base anterior
[0] DIOPS (Médico-Hospitalar)	525			27.117.194.139		
[1] Base sem operadoras no 1o ano de operação	523	-2	99,6%	27.117.194.139	0	100,0%
[2] Base sem operadoras no último ano de operação	520	-3	99,4%	27.098.196.109	-18.998.030	99,9%
[3] Base com despesa >0 acumulada no ano	509	-11	97,9%	27.098.196.109	0	100,0%
[4] Base sem operadoras com ressalvas na despesa	426	-83	83,7%	24.949.644.865	-2.148.551.244	92,1%
[5] Apenas operadoras com vínculos ativos	413	-13	96,9%	24.923.246.338	-26.398.527	99,9%
[6] Apenas operadoras com dados nos dois anos	405	-8	98,1%	24.784.935.509	-138.310.829	99,4%
[7] Base sem operadoras com corresponsabilidade	188	-217	46,4%	13.213.951.627	-11.570.983.882	53,3%

Fonte : ANS/DIOPS, dados extraídos em 10/05/2019 e ANS/SIB, versão março de 2019.

As operadoras consideradas para fins de cálculo da VDA estão relacionadas no Anexo "Lista de Operadoras VDA" - Documento SEI nº 12997410.

As operadoras inelegíveis para o cálculo da VDA e seus respectivos motivos de exclusão estão relacionados no Anexo "Operadoras Excluídas" - Documento SEI nº 13174580.

[1] Exemplo (Unimed Vitória, registro ANS nº 35739-1): "Adoção da RN 430/2017: A Unimed Vitória, conforme requerido pela RN 430, de 7 de dezembro de 2017, adotou a nova forma de contabilização das operações de compartilhamento da gestão de riscos envolvendo operadoras de plano de assistência à saúde. Os valores referentes ao exercício de 2018 foram integralmente registrados no mês de dezembro/2018 e foram contabilizados conforme relatórios extraídos das movimentações dos arquivos entre as Unimed (arquivo PTU), relativos às transações de intercâmbio. Estes relatórios possibilitaram a identificação da ocorrência de operações típicas de compartilhamento de risco na forma de intercâmbio habitual em pós-pagamento entre as Unimed Origem e Executora, conforme regras previstas no Manual de Intercâmbio Nacional, aprovadas pelo Fórum Unimed."

3. CÁLCULO DA VARIAÇÃO DESPESA ASSISTENCIAL 2018/2017

A média ponderada, como medida de tendência central, considera todas as observações de uma base e é influenciada pelas magnitudes absolutas dos valores atípicos (*outliers*) em uma série de dados. As observações que apresentam valores atípicos podem causar distorções no cálculo. Para a exclusão dos valores atípicos, foi aplicada a ferramenta estatística *box-plot*. A construção do *box-plot* estabelece os limites para a exclusão das observações que contenham percentuais de VDA considerados atípicos, tornando o índice calculado mais robusto e fidedigno.

De acordo com o Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar (2017), *box-plot* é um gráfico que avalia a distribuição de um conjunto de dados através do resumo de cinco números, formado pelos seguintes valores: primeiro quartil, mediana (segundo quartil), terceiro quartil, mínimo e máximo.

Os limites para exclusão dos valores atípicos foram calculados utilizando-se o *box-plot* de 1,5 vezes o intervalo interquartil (amplitude entre o 1º quartil e o 3º quartil). O limite inferior será o 1º quartil (Q1) diminuído de 1,5 vezes o intervalo interquartil, ao passo que o limite superior será o 3º quartil (Q3) acrescido do mesmo intervalo. Geralmente, utiliza-se o limite de 1,5 porque esse é o valor capaz de captar mais de 99% dos dados em uma distribuição normal (Bussab, 2012).

As estatísticas descritivas da base de cálculo que indicam as medidas de tendência central da VDA por operadora antes e depois da aplicação dos limites para exclusão dos valores atípicos estão detalhadas na tabela abaixo.

Tabela 5 - Estatísticas descritivas dos dados de VDA para Planos Individuais Posteriores à Lei 9.656/98

Estatísticas descritivas	Incluindo valores atípicos	Excluindo valores atípicos
Quantidade de operadoras	188	171
Mínimo	-94,1%	-38,0%
Q1	-2,8%	-2,8%
Mediana	10,19%	9,39%
Q3	21,6%	19,0%
Máximo	381,2%	54,3%
Amplitude Q1-Q3	24,4%	21,8%
Desvio Padrão	40,3%	17,4%
Média Ponderada	11,08%	

4. CONCLUSÃO

Em consonância com a metodologia aprovada na Resolução Normativa ANS nº 441, de 2018, a VDA do período 2018/2017 resultou no valor de 11,08%, que corresponde à média ponderada pela quantidade de vínculos ativos de beneficiários de cada operadora.

Por fim, sugere-se o encaminhamento da presente Nota Técnica à Diretoria Colegiada da ANS para apreciação e aprovação de sua aplicação no cálculo do Índice de Reajuste da ANS apurado para o período de 2019/2020.

Atenciosamente.



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Akemi Ramos Tanaka, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 18/06/2019, às 12:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Bruno Santoro Morestrello, Coordenador(a) de Regulação do Modelo Econômico-Financeiro dos Produtos**, em 18/06/2019, às 13:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **RODOLFO NOGUEIRA DA CUNHA, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 18/06/2019, às 13:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **DANIELE RODRIGUES CAMPOS, Gerente Econômico-Financeiro e Atuarial dos Produtos**, em 18/06/2019, às 13:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **RAFAEL PEDREIRA VINHAS, Gerente-Geral de Regulação da Estrutura dos Produtos**, em 18/06/2019, às 13:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Bruno Martins Rodrigues, Gerente-Geral de Acompanhamento Econômico-Financeiro das Operadoras e Mercado**, em 18/06/2019, às 15:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Cesar Brenha Rocha Serra, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIOPE**, em 18/06/2019, às 15:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho, Diretor(a) de Normas e Habilitação das Operadoras**, em 18/06/2019, às 16:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Rogério Scarabel Barbosa, Diretor(a) de Normas e Habilitação dos Produtos**, em 18/06/2019, às 16:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Mauricio Nunes da Silva, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIPRO**, em 18/06/2019, às 17:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **13297831** e o código CRC **D8558223**.