



AVALIAÇÃO ATUARIAL

**Associação de Assistência Médico-Hospitalar dos
Magistrados no Estado do Paraná**

**Plano Judicemed
Plano Judicemed Família**

Setembro/2015



**AVALIAÇÃO ATUARIAL
ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO- HOSPITALAR DOS
MAGISTRADOS NO ESTADO DO PARANÁ - JUDICEMED**

ÍNDICE

1. OBJETIVO.....	2
2. ABRANGÊNCIA.....	2
3. BASES TÉCNICAS E ATUARIAIS	3
4. DESCRIÇÃO DOS PLANOS	5
5. PERFIL ESTATÍSTICO DOS BENEFICIÁRIOS.....	13
6. RESULTADOS DO CÁLCULO.....	16
7. GARANTIAS FINANCEIRAS.....	19
8. PLANO ANUAL DE CUSTEIO.....	22
9. PARECER ATUARIAL.....	24
ANEXO I - COBERTURAS E SERVIÇOS ADICIONAIS	27



AVALIAÇÃO ATUARIAL

ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO- HOSPITALAR DOS MAGISTRADOS NO ESTADO DO PARANÁ - JUDICEMED

1. OBJETIVO

A presente Avaliação Atuarial tem como objetivo a mensuração dos custos com vistas ao estabelecimento do valor das mensalidades (prêmios) dos Planos de Assistência à Saúde da Associação de Assistência Médico Hospitalar dos Magistrados no Estado do Paraná – JUDICEMED, de acordo com a Nota Técnica Atuarial registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, adequado à Lei nº 9.656/98 e legislação complementar posterior e em consonância com os Regulamentos dos Planos.

2. ABRANGÊNCIA

Adotando os dispositivos da Resolução – RDC nº 28, de 26 de junho de 2000, legislação complementar (RDC nº 46/2000, IN/DNHP nº 8/2002, RN nº 63/2003, IN/DNHP nº 15/2007, RN nº 183/2008, IN/DIPRO nº 23/2009, RN nº 252/2011 e RN nº 304/2012), suas alterações e critérios atuariais internacionalmente aceitos, esta Nota Técnica de Registro de Produtos estabelece:

- i) Base Técnicas e Atuariais;
- ii) Descrição das Coberturas;
- iii) Descrição do Plano de Saúde;
- iv) Plano Anual de Custeio.

A presente avaliação foi desenvolvida utilizando a experiência acumulada pela JUDICEMED referente aos beneficiários inscritos no plano e a sinistralidade verificada durante o período abrangido pelo estudo.

Todos os valores apresentados nesta Avaliação Atuarial estão expressos em moeda corrente (R\$).



3. BASES TÉCNICAS E ATUARIAIS

- I - Regime Financeiro: Repartição Simples para todos os benefícios.
- II - Tabelas Utilizadas:
- a) AMB – Associação Médica Brasileira, CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, edição a critério da Operadora, para honorários médicos e exames de diagnose e terapias -6º edição;
 - b) FEHOSPAR– Federação Hospitalar do Paraná, para diárias, taxas de sala, internações, uso de equipamentos e atendimentos ambulatoriais;
 - c) BRASÍNDICE, para os medicamentos.
- III - Premissas adotadas nesta Avaliação:
- a) Despesas Administrativas limitadas em 12,05% (doze inteiros e cinco centésimos por cento) das receitas mensais destinadas exclusivamente às coberturas dos eventos médicos, hospitalares e demais benefícios previsto no regulamento do Plano.
 - b) Crescimento Anual dos Custos Médicos, calculado em função da tendência futura de crescimento dos custos cobertos pelo Plano, de acordo com experiências da JUDICEMED no período de junho/2011 a junho/2015, fixado em 2,72% (dois inteiros e setenta e dois centésimos por cento) ao ano;
 - c) Ajuste de 4,32% (quatro inteiros e trinta e dois centésimos por cento) para adequar os dados informados aos valores contabilizados;
 - d) Probabilidade de Ruína (probabilidade de o prêmio calculado ser insuficiente para cobrir as despesas), fixada em 5,00% (cinco por cento) resultando numa taxa média para cobertura da oscilação de risco de 6,97% (sete inteiros e noventa e sete centésimos por cento);
 - e) Reajuste nas tabelas de procedimentos médicos e hospitalares: impacto sob o prêmio total de 14,75% (quatorze inteiros e setenta e cinco centésimos) distribuídos na seguinte forma:
 - a. Consultas Médicas = reajuste de 67,41% apresentando impacto sob o prêmio total de 7,72% (sete inteiros e setenta e dois centésimos por cento);
 - b. Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Hidroterapia = reajuste de 47,45% apresentando impacto sob o prêmio total de 0,91% (noventa e um centésimos por cento);



- c. Psicoterapia, Nutrição e RPG = reajuste de 11,10% apresentando impacto sob o prêmio total de 0,15% (quinze centésimos por cento);
- d. Demais procedimentos médicos e hospitalares = reajuste de 7% apresentando impacto sob o prêmio total 5,97% (cinco inteiros e noventa e sete centésimos por cento).

IV - Período abrangido pelo estudo: julho de 2014 a junho de 2015.

V - Data de vigência do Plano de Custeio: setembro/2015 a agosto/2016.

VI – Planos objetos desta Nota Técnica (quadro-resumo):

Plano	Registro	Contratação	Segmentação	Abrangência
PLANO JUDICEMED	464.832.113	Coletivo por Adesão	A+H+OB	Estadual
JUDICEMED FAMILIA	468.298.120	Coletivo por Adesão	A+H+OB	Estadual



4. DESCRIÇÃO DOS PLANOS

O JUDICEMED e o JUDICEMED FAMÍLIA são planos privados de assistência à saúde, na modalidade de Autogestão, não patrocinado e sem mantenedor, sem fins lucrativos, fechado, com abrangência geográfica estadual e de pré-pagamento, criado pela Associação dos Magistrados do Paraná - AMAPAR, para atender às finalidades de prevenção da doença e de recuperação da saúde dos Beneficiários inscritos, através da assistência à saúde e de seus instrumentos de saúde preventiva,

4.1 Beneficiários do Plano:

São denominados beneficiários da JUDICEMED, os magistrados do Paraná, associados da ASSOCIAÇÃO DOS MAGISTRADOS DO PARANÁ – AMAPAR e à MÚTUA JUDICIÁRIA PARANAENSE, em dia com suas obrigações para com ela, bem como seus dependentes, obedecendo ao disposto no artigo 2º, inciso III, da RN 137/2006, e suas alterações.

Constituem-se Beneficiários Dependentes do Plano JUDICEMED:

- a) O cônjuge ou companheiro com, pelo menos, 2 (dois) anos de vida em comum com o titular, sob o mesmo teto, ou que tenha filho em comum;
- b) Os filhos, enquanto solteiros, menores de 21 (vinte e um) anos ou de até 24 (vinte e quatro) anos, se universitários, desde que vivam comprovadamente sob a dependência econômica do beneficiário titular;
- c) Os filhos portadores de incapacidade total, desde que o evento incapacitante tenha se dado até os 24 anos de idade;
- d) Os pensionistas, na qualidade de sócios vinculados da ASSOCIAÇÃO DOS MAGISTRADOS DO PARANÁ - AMAPAR;
- e) Os pais de beneficiário titular, desde que vivam sob sua real dependência econômica, nos termos da legislação da Previdência Social e do Imposto de Renda, e mediante análise e aprovação pelo Conselho Gestor;
- f) Viúvas ou viúvos de beneficiários, e seus dependentes, desde que façam opção pela
- g) **JUDICEMED** no prazo máximo de 60 (sessenta) dias após o óbito do beneficiário;
- h) Filhos de beneficiários que perderam a condição de dependentes, desde que requeiram inscrição no prazo máximo de 60 (sessenta) dias;



- i) O ex-cônjuge ou ex-companheiro de beneficiário titular que romper vínculo matrimonial ou de convivente, quando solicitado pelo beneficiário titular;
- j) São equiparados à condição de filho natural ou adotivo: o menor sob guarda e o enteado, o curatelado e o tutelado, desde que o titular apresente a comprovação da dependência econômica nos termos da legislação da Previdência Social e do Imposto de Renda.
- k) É vedada a inscrição dos ascendentes como dependentes, ressalvada a hipótese da letra "e" do parágrafo 1º deste artigo.

Constituem-se Beneficiários Dependentes do Plano JUDICEMED FAMÍLIA os funcionários facultativos, pensionistas e dependentes maiores de 24 (vinte e quatro) anos, bem como genro, nora, neto(a) e bisneto(a) dos magistrados do Paraná, associados da ASSOCIAÇÃO DOS MAGISTRADOS DO PARANÁ – AMAPAR e à MÚTUA JUDICIÁRIA PARANAENSE, em dia com suas obrigações para com ela.

4.2 Características do Plano:

Os Planos caracterizam-se pelas coberturas assistenciais contratadas, para todas as doenças do CID-10 e todas as especialidades do Conselho Federal de Medicina, compreendendo o atendimento ambulatorial, internação hospitalar, atendimento obstétrico, serviços auxiliares de diagnose e terapia, previstas na Lei nº 9.656/98, e legislação complementar posterior e Rol de Procedimentos conforme normativo vigente com a possibilidade dos beneficiários utilizarem uma acomodação do tipo apartamento com banheiro privativo quando do internamento para fins clínicos ou cirúrgicos.

Segmentação ambulatorial

Aos beneficiários serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:

- a) - Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
- b) - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;



- c) - Cobertura de fonoaudiologia, em número limitado de 4 (quatro) sessões a cada 30 (trinta) dias, num total de 48 (quarenta e oito) sessões, fazendo-se necessária reavaliação médica no período máximo de 6 (seis) meses.
- c.1) - Caberá ao beneficiário apresentar requisição médica contendo o diagnóstico do paciente, para o tratamento de fonoaudiologia, com o respectivo CID, juntamente com o prognóstico de tempo de tratamento.
- c.2) - Para a prorrogação do tratamento de fonoaudiologia será necessária nova requisição médica, acompanhada de laudo de evolução e novo prognóstico de tempo de tratamento.
- c.3) – Será necessária prévia liberação das sessões de fonoaudiologia pela JUDICEMED.
- d) - Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- e) - cobertura de consulta e sessões com nutricionista, terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Anexo I da Resolução Normativa nº 167/2008, conforme indicação do médico assistente;
- f) - cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Art. 22, §2º, alínea 'd' e 'd.1' deste Regulamento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, de acordo com o artigo 5º da Resolução Normativa 167/2008, conforme indicação do médico assistente;
- g) - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema;
- h) - cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação; e
- i) - Cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais:
- Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - Radioterapia, inclusive radioterapia conformacional para cérebro, pulmão e próstata;
 - Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
 - Hemoterapia ambulatorial;
 - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

Segmentação hospitalar



Aos beneficiários serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens:

- a) - Cobertura para internações hospitalar clínicas e/ou cirúrgicas e Centro de Terapia Intensiva ou similar;
- b) - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;
- c) - Cobertura de toda e qualquer taxas, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;
- d) - Cobertura de despesas de diárias de 1 (um) acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;
- e) - Cobertura de exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar;
- f) - Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- g) - cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- h) – cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar; e
- i) - Cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
 - Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - Radioterapia;
 - Hemoterapia;
 - Nutrição enteral ou parenteral;
 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - Embolizações e radiologia intervencionista;



- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- Procedimentos de fisioterapia;
- acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto fornecimento de medicação de manutenção.
- j) - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;
- l) - Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- m) - Transplantes de rins, córneas e transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o beneficiário deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção.

4.3 Formas de Utilização:

A utilização dos serviços oferecidos pelos Planos é feita diretamente na rede conveniada.

É facultada aos beneficiários a livre escolha de prestadores de serviços, sendo que os reembolsos estão limitados aos valores fixados nas tabelas de credenciamentos da rede conveniada.

Conforme definido em Regulamento próprio, os Planos possuem serviços que, uma vez cumprida as respectivas carências, necessitam de prévia autorização e/ou perícia.

4.4 Exclusões dos Planos da JUDICEMED:

Estão excluídos das coberturas concedidas pelos Planos os seguintes procedimentos:

- I - Tratamento Clínico ou Cirúrgico experimental;
- II - Medicina Ortomolecular, enquanto não estiverem regulamentados e tabelados os respectivos procedimentos pela Associação Médica Brasileira, através Lista de Procedimentos Médico;
- III - Inseminação Artificial;



- IV - Assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- V - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- VI - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- VII - Internação hospitalar para fins de repouso;
- VIII - Confecção, compra, conserto, ajuste, aluguel de aparelhos ortopédicos em geral, colchões, cadeiras, óculos, lentes oculares e aparelho para surdez;
- IX - Expedição de laudos, pareceres, atestados e certidões, para fins privativos ou oficiais;
- X - Estadas em estâncias hidrominerais e climáticas, mesmo por indicação médica;
- XI - Cirurgias para mudança de sexo;
- XII - Tratamento de varizes por injeção esclerosante e/ou laser ou qualquer outra técnica similar;
- XIII - Consultas, tratamentos e internações realizadas antes do início da cobertura ou das carências previstas, salvo nos casos de urgência ou emergência conforme respectivas cláusulas;
- XIV - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- XV - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento (exceto para a cirurgia da obesidade) com finalidade estética;
- XVI - Aquisição ou aluguel de equipamentos e aparelhos hospitalares ou similares;
- XVII - Fornecimento de vacinas, auto-vacinas;
- XVIII - Fornecimento de aparelhos ortopédicos, bem como o fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico;
- XIX - *Check-up*, investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar, e necropsias;
- XX - Transplantes, à exceção de córnea e de rim e dos transplantes autólogos;
- XXI - Enfermagem em caráter particular, seja em regime domiciliar ou hospitalar, consultas e/ou medicamentos e/ou tratamentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência, exceto quando estiver sob internação domiciliar;
- XXII - Acidentes de trabalho e/ou doenças profissionais e suas consequências, conforme definidos pelos órgãos governamentais;



- XXIII - Remoção para tratamentos clínicos ou cirúrgicos, ou procedimentos diagnósticos não cobertos pelo plano e remoções por via diferente da terrestre;
- XXIV - Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior, ainda que a coleta de material seja no Brasil, ou fora da área geográfica de abrangência contratada;
- XXV - Despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar, durante a internação hospitalar, tais como: dieta não recomendada pelo médico ao paciente; produtos de toalete e de higiene pessoal; decorações; rádios; jornais; aparelho de televisão; telefone; frigobar; quebra de objetos, bem como diferença de despesas médico-hospitalares motivadas por internação hospitalar em acomodação superior à contratada, por opção do beneficiário;
- XXVI - Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA.
- XXVII - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- XXVIII - Enfermagem de caráter particular, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais e/ou extraordinários.
- XXIX - Consultas médicas domiciliares;
- XXX - Aparelhos estéticos, de substituição ou complementares de função, como óculos, aparelho para surdez, rim artificial.
- XXXI - Despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste regulamento.
- XXXII - Todo e qualquer procedimento ou tratamento não previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

4.5 Carências

- I - 24h (vinte e quatro horas) para atendimentos de urgência e emergência, observados o disposto do regulamento;
- II - 30 (trinta) dias: consultas e exames de patologia clínica;
- III - 90 (noventa) dias: procedimentos de diagnóstico e terapia, a saber:
EXAMES SIMPLES - eletrocardiograma convencional; endoscopia em regime ambulatorial; exames radiológicos simples sem contraste; histocitopatologia; exames e testes alergológicos; exames e testes oftalmológicos; exames e testes otorrinolaringológicos, exceto a videolaringoscopia; inaloterapia; prova de função pulmonar; teste ergométrico; procedimentos de reabilitação e fisioterapia.



IV - 180 (cento e oitenta) dias: internamentos clínicos ou cirúrgicos, bem como procedimentos cirúrgicos em regime ambulatorial, exames e procedimentos especiais, a saber, angiografia, arteriografia, eletroencefalograma convencional, eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral; ultrassonografia; tomografia computadorizada; ressonância nuclear magnética; medicina nuclear; densitometria óssea; laparoscopia diagnóstica; ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com doppler colorido; eletrocardiograma dinâmica (holter); monitorização ambulatorial de pressão arterial; litotripsia; radiologia com contraste e intervencionista; cineangiocoronariografia e videolaringostroboscopia computadorizada; videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica; tratamento esclerosante de varizes de esôfago; hemodiálise e diálise peritoneal; endoscopia que não possa ser realizada em regime ambulatorial; eletromiografia; eletroneuromiografia; quimioterapia e radioterapia e hemoterapia.

V - 300 (trezentos) dias: para partos a termo

4.6 Serviços e Coberturas Adicionais

Conforme o item 14 do Anexo II da Resolução Normativa nº85/04, e suas alterações, descrevemos os serviços ou cobertura adicionais de assistência à saúde, não previstas na Lei 9.656/98 ou pertencentes ao Rol Médico, conforme abaixo:

Assistência / internação domiciliar

- 1) *Home Care.*
- 2) *Assistência ao Paciente Cronicamente Enfermo.*



5. PERFIL ESTATÍSTICO DOS BENEFICIÁRIOS

A fim de obtermos um perfil estatístico da massa de beneficiários expostos (aptos) a utilizarem os Planos de Assistência à Saúde da JUDICEMED, confeccionamos a tabela 1 abaixo:

Tabela 1 - Número de expostos do Plano de Assistência à Saúde da Judicemed, por faixa etária e sexo -junho/15

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 18 anos	466	504	970
19 a 23 anos	99	104	203
24 a 28 anos	97	114	211
29 a 33 anos	180	231	411
34 a 38 anos	256	280	536
39 a 43 anos	164	219	383
44 a 48 anos	107	158	264
49 a 53 anos	116	135	251
54 a 58 anos	74	101	175
59 anos ou +	394	477	871
Total	1.953	2.322	4.275

Fonte: Judicemed/Actuarial

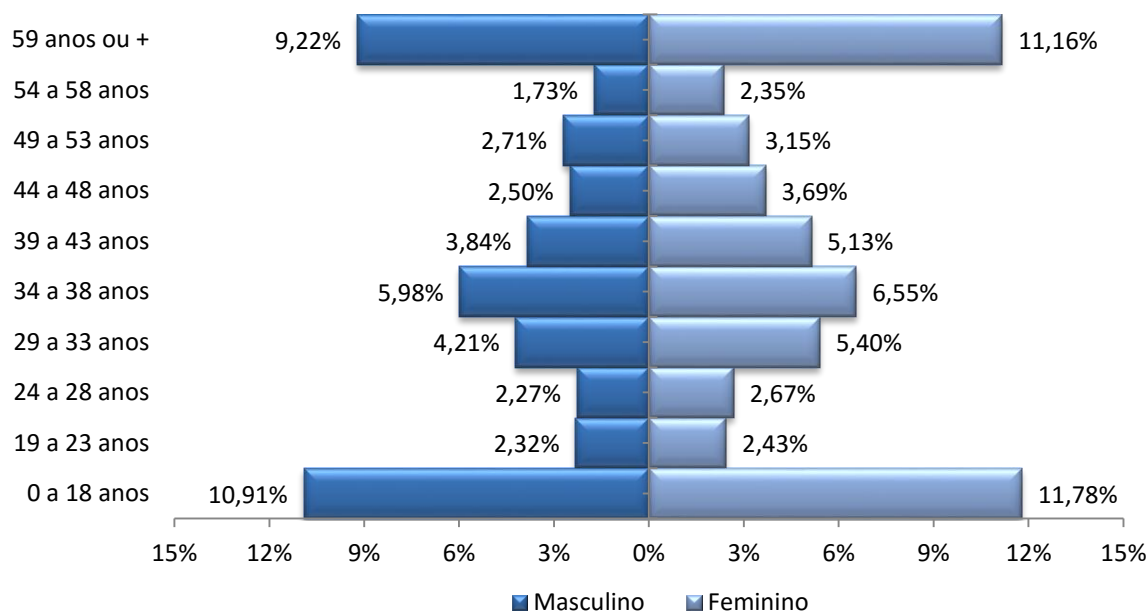
Tabela 2 - Número de expostos dos Planos de Assistência à Saúde da Judicemed, por faixa etária e plano - junho/2015

Faixa Etária	Judicemed	Judicemed Família	Total
0 a 18 anos	868	102	970
19 a 23 anos	198	5	203
24 a 28 anos	195	16	211
29 a 33 anos	379	32	411
34 a 38 anos	484	51	536
39 a 43 anos	344	39	383
44 a 48 anos	239	25	264
49 a 53 anos	235	15	251
54 a 58 anos	170	5	175
59 anos ou +	830	41	871
Total	3.942	332	4.275

Fonte: Judicemed/Actuarial



Gráfico 1 - Distribuição dos expostos ao risco dos Planos de Assistência à Saúde da Judicemed, por faixa etária e sexo - junho/2015



No gráfico 1, observamos que os dependentes até 18 anos representam 22,69% do total de beneficiários. Verificamos, também, uma concentração de pessoas formadas por beneficiários com 49 anos ou mais de idade que representam 30,33% do total da massa (superior à composição etária brasileira que é de 19,60%, para o ano de 2010 segundo o IBGE). Este segmento específico requer uma atenção maior, quando se trata de Planos de Saúde, porque apresenta um custo muito superior às faixas etárias anteriores, e também se observa uma tendência de crescimento ocasionado pelo envelhecimento natural da massa.

Verificamos que a distribuição entre os sexos apresenta 45,68% de homens e 54,32% de mulheres e que 332 beneficiários (11,86% do total) estão no Plano Judicemed Família.

Na tabela 3, efetuamos o comparativo dos beneficiários expostos ao risco, por faixa etária, com as populações utilizadas nas Avaliações de 2014 e 2015, ilustrando os processos de inclusão, exclusão e envelhecimento havidos na massa analisada durante esse período.



Tabela 3 - Comparativo do número de expostos do Plano de Assistência à Saúde da Judicemed, referente a Avaliação de 2014 e 2015, por faixa etária - junho/2015

Faixa Etária	2015	2014	Diferença
0 a 18 anos	970	920	50
19 a 23 anos	203	203	0
24 a 28 anos	211	238	-27
29 a 33 anos	411	390	21
34 a 38 anos	536	491	44
39 a 43 anos	383	397	-14
44 a 48 anos	264	230	35
49 a 53 anos	251	244	7
54 a 58 anos	175	169	5
59 anos ou +	871	880	-9
Total	4.275	4.163	112

Fonte: Judicemed/Actuarial



6. RESULTADOS DO CÁLCULO

6.1 Despesas Assistenciais

Na tabela 4 a seguir, demonstramos os valores das despesas assistenciais por exposto, distribuídos por cobertura e por faixa etária dos Planos de Saúde da JUDICEMED referente ao período de julho/2014 a junho/2015.

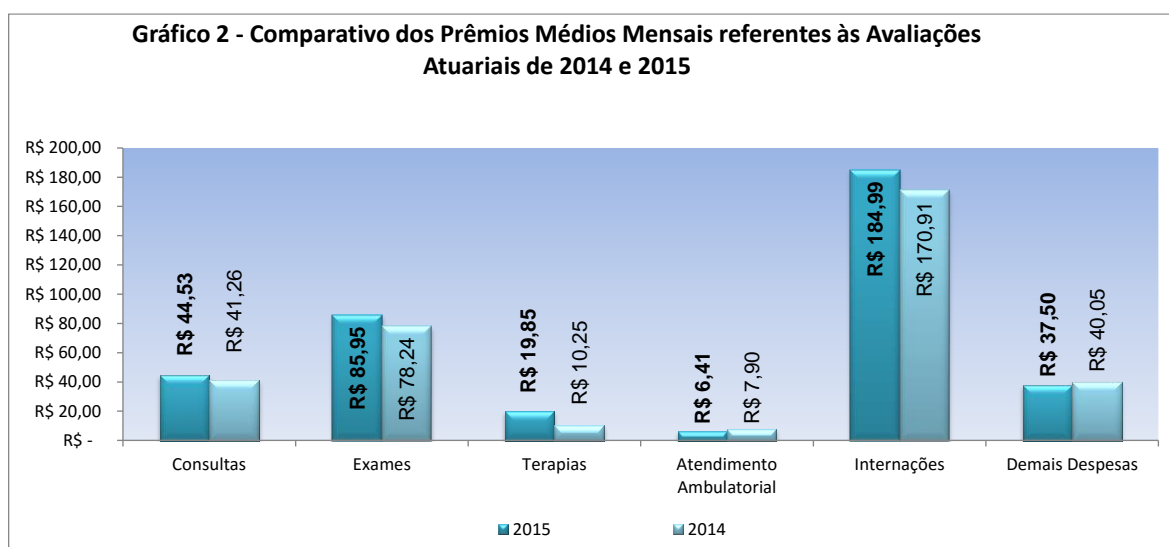
Tabela 4 - Valores referentes as Despesas Assistenciais por exposto¹, por cobertura e por faixa etária, para os planos de saúde: Plano Judicemed e Plano Judicemed Familiar do período de julho/2014 a junho/2015

Faixa Etária	Consultas	Exames	Terapias	Atendimento Ambulatorial	Internações	Demais Despesas	Total geral
0 a 18 anos	R\$ 40,34	R\$ 20,91	R\$ 1,96	R\$ 7,82	R\$ 25,09	R\$ 5,33	R\$ 101,45
19 a 23 anos	R\$ 30,40	R\$ 44,20	R\$ 1,79	R\$ 5,48	R\$ 47,16	R\$ 17,15	R\$ 146,17
24 a 28 anos	R\$ 29,96	R\$ 74,22	R\$ 5,55	R\$ 7,68	R\$ 297,75	R\$ 68,06	R\$ 483,21
29 a 33 anos	R\$ 36,95	R\$ 63,37	R\$ 3,56	R\$ 3,76	R\$ 86,80	R\$ 8,76	R\$ 203,19
34 a 38 anos	R\$ 36,00	R\$ 71,85	R\$ 7,35	R\$ 4,96	R\$ 114,33	R\$ 10,07	R\$ 244,56
39 a 43 anos	R\$ 39,90	R\$ 88,98	R\$ 16,44	R\$ 5,78	R\$ 163,08	R\$ 19,45	R\$ 333,64
44 a 48 anos	R\$ 44,54	R\$ 106,78	R\$ 21,34	R\$ 8,34	R\$ 182,15	R\$ 31,40	R\$ 394,55
49 a 53 anos	R\$ 44,00	R\$ 118,52	R\$ 46,27	R\$ 5,99	R\$ 95,93	R\$ 15,29	R\$ 326,00
54 a 58 anos	R\$ 48,40	R\$ 125,03	R\$ 13,89	R\$ 6,01	R\$ 93,46	R\$ 26,88	R\$ 313,67
59 anos ou +	R\$ 66,26	R\$ 165,41	R\$ 57,45	R\$ 6,80	R\$ 512,05	R\$ 119,37	R\$ 927,34
Média	R\$ 44,53	R\$ 85,95	R\$ 19,85	R\$ 6,41	R\$ 184,99	R\$ 37,50	R\$ 379,23

Fonte: Judicemed/Actuarial

¹ Valores sem carregamento.

A fim de demonstrarmos a evolução do aumento das despesas assistenciais dos Planos de Saúde da JUDICEMED, demonstramos, no gráfico 2 abaixo, um comparativo referente as despesas assistenciais desmembradas por tipo de cobertura adotado pela ANS (NTRP), tomando-se por base as informações estabelecidas nas Avaliação Atuariais de 2014 e 2015.



Analisando o gráfico 2, podemos observar que comparativamente a avaliação de 2014, a maioria das despesas assistenciais mantiveram seu valor médio mensal em 2015, sendo verificado um aumento significativo no item “internações” e “terapias”.



6.2 Valores dos Prêmios:

Com a adoção das bases técnicas e atuariais apresentadas no item 3 e tomando-se por base o perfil dos beneficiários dos Planos apresentados no item 5 e o respectivo histórico de utilizações dos procedimentos médicos e hospitalares cobertos, obtivemos os valores correspondentes ao custo per capita por faixa etária (prêmio) dos Planos de Saúde da Judicemed, conforme mostrado nas tabelas 5 a 7.

Tabela 5 - Valores dos prêmios mensais calculados e prêmios ajustados, dos Planos de Assistência a Saúde da Judicemed, por faixa etária - setembro/2015

Faixa Etária	Prêmio Calculado	Contribuição Atual	%Variação Faixa Etária	Prêmio Calculado Ajustado ¹	%Variação Faixa Etária
0 a 18 anos	R\$ 157,02	R\$ 143,69	-	R\$ 181,24	-
19 a 23 anos	R\$ 226,24	R\$ 235,24	63,72%	R\$ 296,74	63,72%
24 a 28 anos	R\$ 747,90	R\$ 321,41	36,63%	R\$ 405,42	36,63%
29 a 33 anos	R\$ 306,04	R\$ 346,70	7,87%	R\$ 437,33	7,87%
34 a 38 anos	R\$ 380,77	R\$ 402,28	16,03%	R\$ 507,44	16,03%
39 a 43 anos	R\$ 501,75	R\$ 438,92	9,11%	R\$ 553,65	9,11%
44 a 48 anos	R\$ 610,68	R\$ 527,47	20,18%	R\$ 665,35	20,18%
49 a 53 anos	R\$ 488,64	R\$ 616,36	16,85%	R\$ 777,48	16,85%
54 a 58 anos	R\$ 472,82	R\$ 669,03	8,54%	R\$ 843,91	8,54%
59 anos ou +	R\$ 1.384,55	R\$ 862,07	28,85%	R\$ 1.087,41	28,85%
Total	R\$ 573,32	R\$ 454,51	-	R\$ 573,32	-

Fonte: Judicemed/Actuarial

¹ Prêmio ajustado conforme variação por faixa etária vigente no regulamento da Judicemed.

Tabela 6 - Valores dos prêmios mensais calculados e prêmios ajustados, do Plano Judicemed (464.832.113), por faixa etária - setembro/2015

Faixa Etária	Prêmio Calculado	Contribuição Atual	%Variação Faixa Etária	Prêmio Calculado Ajustado ¹	%Variação Faixa Etária
0 a 18 anos	R\$ 158,11	R\$ 143,69	-	R\$ 181,38	-
19 a 23 anos	R\$ 228,21	R\$ 235,24	63,72%	R\$ 296,95	63,72%
24 a 28 anos	R\$ 524,43	R\$ 321,41	36,63%	R\$ 405,71	36,63%
29 a 33 anos	R\$ 304,17	R\$ 346,70	7,87%	R\$ 437,65	7,87%
34 a 38 anos	R\$ 381,70	R\$ 402,28	16,03%	R\$ 507,81	16,03%
39 a 43 anos	R\$ 533,86	R\$ 438,92	9,11%	R\$ 554,05	9,11%
44 a 48 anos	R\$ 645,97	R\$ 527,47	20,18%	R\$ 665,83	20,18%
49 a 53 anos	R\$ 479,81	R\$ 616,36	16,85%	R\$ 778,04	16,85%
54 a 58 anos	R\$ 479,94	R\$ 669,03	8,54%	R\$ 844,52	8,54%
59 anos ou +	R\$ 1.408,78	R\$ 862,07	28,85%	R\$ 1.088,20	28,85%
Total	R\$ 579,99	R\$ 459,47	-	R\$ 579,99	-

Fonte: Judicemed/Actuarial

¹ Prêmio ajustado conforme variação por faixa etária vigente no regulamento da Judicemed.



Tabela 7 - Valores dos prêmios mensais calculados e prêmios ajustados, do Plano Judicimed Família (468.298.120), por faixa etária - setembro/2015

Faixa Etária	Prêmio Calculado	Contribuição Atual	% Variação Faixa Etária	Prêmio Calculado Ajustado ¹	% Variação Faixa Etária
0 a 18 anos	R\$ 151,22	R\$ 143,69	-	R\$ 183,82	-
19 a 23 anos	R\$ 152,72	R\$ 235,24	63,72%	R\$ 300,96	63,72%
24 a 28 anos	R\$ 3.469,12	R\$ 321,41	36,63%	R\$ 411,19	36,63%
29 a 33 anos	R\$ 336,34	R\$ 346,70	7,87%	R\$ 443,55	7,87%
34 a 38 anos	R\$ 380,85	R\$ 402,28	16,03%	R\$ 514,66	16,03%
39 a 43 anos	R\$ 223,40	R\$ 438,92	9,11%	R\$ 561,53	9,11%
44 a 48 anos	R\$ 280,10	R\$ 527,47	20,18%	R\$ 674,82	20,18%
49 a 53 anos	R\$ 638,50	R\$ 616,36	16,85%	R\$ 788,54	16,85%
54 a 58 anos	R\$ 236,87	R\$ 669,03	8,54%	R\$ 855,92	8,54%
59 anos ou +	R\$ 918,94	R\$ 862,07	28,85%	R\$ 1.102,88	28,85%
Total	R\$ 506,29	R\$ 395,74	-	R\$ 506,29	-

Fonte: Judicimed/Actuarial

¹ Prêmio ajustado conforme variação por faixa etária vigente no regulamento da Judicimed.



7. GARANTIAS FINANCEIRAS

7.1 Recursos Próprios Mínimos

O Patrimônio Social dos Planos de Assistência à Saúde da Associação de Assistência Médico Hospitalar dos Magistrados no Estado do Paraná – JUDICEMED, contabilizado em junho de 2015, é de R\$ 26.049.289,26 (vinte e seis milhões, quarenta e nove mil, duzentos e oitenta e nove reais e vinte e seis centavos), sendo suficiente para dar garantias financeiras aos Recursos Próprios Mínimos, a seguir discriminados, que foram estabelecidos no Art. 2º da Resolução Normativa - RN nº. 209, de 22/12/2009. Consideram-se Recursos Próprios Mínimos “os limites do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social, e seus ajustes, conforme o caso, os quais deverão ser observados pelas Operadoras de Planos de Saúde, a qualquer tempo, de acordo com os critérios de Patrimônio Mínimo Ajustado e Margem de Solvência”.

a) Patrimônio Mínimo Ajustado

Conforme definido no artigo 3º da Resolução Normativa - RN nº.209/2009, “o Patrimônio Mínimo Ajustado - PMA representa o valor mínimo do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social da Operadora de Plano de Saúde”. Considerando que a Associação de Assistência Médico Hospitalar dos Magistrados no Estado do Paraná – JUDICEMED, é uma entidade de Autogestão que disponibiliza seu plano de saúde no estado do Paraná, classificado como região 3, o Patrimônio Mínimo Ajustado foi calculado, para junho de 2015, em R\$ 1.937.128,57 (um milhão, novecentos e trinta e sete mil, cento e vinte e oito reais e cinquenta e sete centavos). Este valor será ajustado anualmente (no mês de agosto) pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA.

b) Margem de Solvência

O artigo 6º da Resolução Normativa RN nº. 209/2009, e suas alterações, define a margem de solvência como “à suficiência do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social, ajustado na forma do disposto, para cobrir o maior montante entre os seguintes valores:

I - 0,20 (zero vírgula vinte) vezes a soma dos últimos 12 (doze) meses: de 100% (cem por cento) das contraprestações líquidas na modalidade de preço pré-estabelecido, e de 50% (cinquenta por cento) das contraprestações líquidas na modalidade de preço pós-estabelecido; ou



II – 0,33 (zero vírgula trinta e três) vezes a média anual dos últimos trinta e seis meses da soma de: 100% (cem por cento) dos eventos indenizáveis líquidos na modalidade de preço pré-estabelecido e de 50% (cinquenta por cento) dos eventos indenizáveis líquidos na modalidade de preço pós-estabelecido”.

Adotando os critérios estabelecidos nesta normativa, apuramos, para junho de 2015, o valor de R\$ 5.769.848,98 (cinco milhões, setecentos e sessenta e nove mil, oitocentos e quarenta e oito reais e noventa e oito centavos) para a Margem de Solvência, o que corresponde a 2,95% (dois inteiros e noventa e cinco centésimos por cento) da receita mensal.

Assim sendo, entendemos que neste momento não há necessidade da JUDICEMED criar contribuições específicas para a formação dos Recursos Próprios Mínimos exigidos pela ANS.

7.2 Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA)

A Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados – PEONA é estimada atuarialmente para fazer frente ao pagamento dos eventos que já tenham ocorridos e que não tenham sido registrados contabilmente pela Operadora.

O Plano de Saúde deverá adotar as regras dispostas no Art. 16-B da RN 209/2009 e suas alterações, para cálculo e constituição da PEONA, observando o maior entre os seguintes valores:

- 8,5% (oito vírgula cinco por cento) do total de contraprestações emitidas líquidas nos últimos 12 (doze) meses; e
- 10% (dez por cento) do total de eventos indenizáveis conhecidos na modalidade de preço pré-estabelecido, nos últimos 12 (doze) meses.

Com base nesta regra, o valor integral mínimo a ser constituído para a PEONA foi dimensionado, com base em junho de 2015, R\$ 2.031.873,14 (dois milhões, trinta e um mil, oitocentos e setenta e três reais e quatorze centavos).

Identificamos que em junho de 2015, a Associação de Assistência Médico Hospitalar dos Magistrados no Estado do Paraná – JUDICEMED possuía contabilizado o valor acima apresentado, satisfazendo as exigências legais referente a esta provisão técnica nesta data.



7.3 Provisão de Eventos / Sinistros a Liquidar (PESL)

A Provisão de Eventos / Sinistros a Liquidar – PESL, conforme definida no artigo 15 da RN nº. 209/2009 deverá ser constituída para fazer frente aos valores a pagar por eventos/sinistros avisados até a data base de cálculo, de acordo com a responsabilidade retida pela JUDICEMED, observados os seguintes critérios:

- o registro contábil dos eventos/sinistros a liquidar deverá ser realizado pelo valor integral cobrado pelo prestador ou apresentado pelo beneficiário, no primeiro momento da identificação da ocorrência da despesa médica, independente da existência de qualquer mecanismo, processo ou sistema de intermediação da transmissão, direta ou indiretamente por meio de terceiros, ou da análise preliminar das despesas médicas; e
- a identificação da ocorrência da despesa médica será entendida como qualquer tipo de comunicação estabelecida entre o prestador ou beneficiário e a própria operadora, ou terceiro que preste serviço de intermediação de recebimento de contas médicas à operadora, que evidencie a realização de procedimento assistencial a beneficiário da operadora.

Verificamos que, em junho/2015, a Operadora possui contabilizado nesta rubrica o montante de R\$ 832.205,45 (oitocentos e trinta e dois mil, duzentos e cinco reais e quarenta e cinco centavos). Em conformidade com a legislação vigente, alertamos para a necessidade da constituição e vinculação de garantias financeiras desta provisão, calculada contabilmente, para o eventos/sinistros a liquidar cujo prazo de pagamento exceder a 60 (sessenta) dias da data de aviso.

Informamos que na presente data a Judicemed, possui em sua rubrica de aplicações vinculadas a provisões técnicas o montante de R\$ 2.903.397,76 (dois milhões, novecentos e três mil, trezentos e noventa e sete reais e setenta e seis centavos), valor este suficiente para suprir a provisão dos Eventos Sinistros a Liquidar e a Provisão de Eventos Ocorridos e não Avisados.



8. PLANO ANUAL DE CUSTEIO

Ao longo do item 6 - “Resultados do Cálculo” - foram apresentados os valores dos custos do Plano por faixa etária, já projetada para o período de 12 meses (setembro/2015 a agosto/2016), tomando-se como base para esta projeção a experiência acumulada pela JUDICEMED ajustadas pela ACTUARIAL, no período abrangido pelo estudo. Apresentamos, na tabela 8, os valores dos Prêmios mensais totais per capita dos Planos, por faixa etária, e o valor do reajuste a ser aplicado sobre a tabela de mensalidades (pré-pagamento) vigente.

Tabela 8 - Comparativo da Tabela Atual da Judicemed e o Valor do Prêmio Ajustado - setembro/2015

Faixa Etária	Prêmio Calculado Ajustado ¹	% Variação Faixa Etária	Contribuição Atual	% Variação Faixa Etária	% de Reajuste
0 a 18 anos	R\$ 181,24	-	R\$ 143,69	-	26,14%
19 a 23 anos	R\$ 296,74	63,72%	R\$ 235,24	63,72%	26,14%
24 a 28 anos	R\$ 405,42	36,63%	R\$ 321,41	36,63%	26,14%
29 a 33 anos	R\$ 437,33	7,87%	R\$ 346,70	7,87%	26,14%
34 a 38 anos	R\$ 507,44	16,03%	R\$ 402,28	16,03%	26,14%
39 a 43 anos	R\$ 553,65	9,11%	R\$ 438,92	9,11%	26,14%
44 a 48 anos	R\$ 665,35	20,18%	R\$ 527,47	20,18%	26,14%
49 a 53 anos	R\$ 777,48	16,85%	R\$ 616,36	16,85%	26,14%
54 a 58 anos	R\$ 843,91	8,54%	R\$ 669,03	8,54%	26,14%
59 anos ou +	R\$ 1.087,41	28,85%	R\$ 862,07	28,85%	26,14%
Total	R\$ 573,32	-	R\$ 454,51	-	26,14%

Fonte: Judicemed/Actuarial

¹ Prêmio ajustado conforme variação por faixa etária vigente.

Na tabela 8, apresentamos comparativo entre o prêmio calculado ajustado e a contribuição atual da JUDICEMED, demonstrando a necessidade de um reajuste linear médio de 26,14% (vinte e seis inteiros e quatorze centésimos por cento) com a finalidade de manter o equilíbrio econômico financeiro entre as receitas e despesas esperadas da Operadora. Também verificamos que foi aplicado o reajuste parcial de 9,65% (nove inteiros e sessenta e cinco centésimos por cento) para o período de setembro/2014 a agosto/2015, percentual este inferior ao apurado na Avaliação Atuarial de 2014.

Salientamos que a não aplicabilidade do reajuste necessário para o equilíbrio do plano, poderá gerar uma absorção das reservas da Operadora com a tendência de haver uma redução da mesma. Em contrapartida, haverá um aumento expressivo no percentual de reajuste ao longo do tempo, podendo ocorrer dificuldades de aprovação e repasse do mesmo junto aos beneficiários.



As tabelas de prêmios deverão ser revistas com periodicidade máxima anual, de acordo com os dispositivos legais vigentes por ocasião da Avaliação Atuarial dos Planos, a qual tomará como base o comportamento econômico-financeiro dos Planos, de maneira a manter o equilíbrio entre receita e despesa e manutenção dos fundos. Esclarecemos que, como as tabelas de mensalidades dos planos Judicemed e Judicemed Família são idênticas, estes dois planos foram considerados de maneira unificada nas tabelas apresentadas nesta avaliação atuarial.



9. PARECER ATUARIAL

Para a obtenção dos resultados que compõe esta Avaliação, tomamos por base a Metodologia Atuarial constante em Nota Técnica registrada nos órgãos governamentais competentes e informações fornecidas pela Associação de Assistência Médico Hospitalar dos Magistrados no Estado do Paraná – JUDICEMED, no que concerne a dados cadastrais e movimentações de utilizações por beneficiário, as quais foram analisadas pela sua consistência, sendo consideradas suficientes e completas.

No que diz respeito aos valores dos prêmios mensais, notamos uma forte correlação positiva com a idade, o que equivale dizer que os valores são crescentes à medida que as idades aumentam. Verificamos que 30,33% (trinta inteiros e trinta e três centésimos por cento) do total da massa estudada possuem 49 anos ou mais de idade, percentual este superior à composição etária brasileira que é de 19,60%, para o ano de 2010, segundo o IBGE. Este segmento específico requer uma atenção maior, quando se trata de Planos de Saúde, porque apresenta um custo elevado, em relação às faixas etárias anteriores, e também se observa uma tendência de crescimento ocasionado pelo envelhecimento natural da massa.

A Avaliação Atuarial apresentou os valores dos prêmios totais (mensalidades) per capita por faixa etária calculado para o período de setembro/2015 a agosto/2016, na qual foi mensurada a necessidade de um reajuste médio de 26,14% (vinte e seis inteiros e quatorze centésimos por cento) para manter o equilíbrio econômico e financeiro entre as receitas e despesas esperadas da Operadora, bem como suportar as oscilações de risco inerentes à operação do Plano de Saúde em função da sua massa de beneficiários.

Em função do parágrafo único do Art. 15 da Lei n.º 9.656/98 e do Art. 15 da Lei 10.741/03 (Estatuto do Idoso) que proíbe a variação das contraprestações pecuniárias para consumidores com 60 (sessenta) anos ou mais de idade, se já participaram do mesmo plano, ou sucessor, há mais de 10 (anos); do Art. 2º da



Resolução Normativa RN nº 63 determina a adoção de 10 faixas etárias; dos incisos I e II do Art. 3º da mesma resolução determinam que o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária e que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa etária não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa, efetuamos ajustes nos valores das mensalidades com o objetivo de redistribuir os custos entre as faixas etárias para adequação à legislação supra citada e manutenção dos percentuais de variação de preço por mudança de faixa etária registrados na ANS.

Com relação aos encargos administrativos, acrescentamos que a alíquota utilizada nesta Avaliação Atuarial incidirá sobre as contribuições em pré-pagamento dos Beneficiários.

O Patrimônio Social da Associação de Assistência Médico Hospitalar dos Magistrados no Estado do Paraná – JUDICEMED, contabilizado em junho de 2015, é de R\$ 26.049.289,26 (vinte e seis milhões, quarenta e nove mil, duzentos e oitenta e nove reais e vinte e seis centavos), sendo suficiente para dar garantias financeiras aos Recursos Próprios Mínimos estabelecidos no Art. 2º da Resolução Normativa – RN/ANS nº 209, de 22/12/2009. Consideram-se Recursos Próprios Mínimos “os limites do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social, e seus ajustes, conforme o caso, os quais deverão ser observados pelas Operadoras de Planos de Saúde, a qualquer tempo, de acordo com os critérios de Patrimônio Mínimo Ajustado e Margem de Solvência.

Identificamos que, em junho de 2015, a Associação de Assistência Médico Hospitalar dos Magistrados no Estado do Paraná – JUDICEMED possuía contabilizado, a título de PEONA – Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados, o valor de R\$ 2.031.873,14 (dois milhões, trinta e um mil, oitocentos e setenta e três reais e quatorze centavos), saldo este suficiente para a cobertura integral desta provisão nesta data, não sendo necessária, neste momento, a criação de contribuições adicionais para a sua composição.



Verificamos que, em junho de 2015, a Operadora possui contabilizado o montante de R\$ 832.205,45 (oitocentos e trinta e dois mil, duzentos e cinco reais e quarenta e cinco centavos) a título de Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar. Em conformidade com a legislação vigente, alertamos para a necessidade da constituição e vinculação de garantias financeiras desta provisão, calculada contabilmente, para o eventos/sinistros a liquidar cujo prazo de pagamento exceder a 60 (sessenta) dias da data de aviso.

Os valores dos custos dos Planos, bem como o das Reservas e dos Fundos deverão ser avaliados atuarialmente com uma frequência não superior a 12 meses. A Operadora deverá observar os critérios de aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das provisões técnicas estabelecido na Resolução Normativa – RN nº 159/2007 e suas alterações.

Por fim, salientamos que os resultados desta avaliação atuarial são extremamente sensíveis às variações nas bases técnicas, premissas e hipóteses utilizadas para os cálculos e que, modificações futuras destes fatores, bem como majorações nos custos ou reajustes nas tabelas de remuneração dos serviços médicos, hospitalares, odontológicos, medicamentos e materiais cobertos pelo Plano, ampliações de coberturas e adesões e exclusões de Beneficiários, poderão implicar variações substanciais nos resultados atuariais apresentados.

Curitiba, 24 de setembro de 2015.

ACTUARIAL – Assessoria e Consultoria Atuarial

Luiz Fernando Vendramini
Atuário – Miba 1307



ANEXO I - COBERTURAS E SERVIÇOS ADICIONAIS

Conforme o item 14 do Anexo II da Resolução Normativa nº85/04 e suas alterações, descrevemos os serviços ou cobertura adicionais de assistência à saúde, não previstas na Lei 9.656/98 ou pertencentes ao Rol Médico, conforme abaixo:

Assistência / internação domiciliar

Home Care

Constituem condições indispensáveis para autorização de internação domiciliar:

- I – Existência na região de empresa cadastrada para prestação dos serviços;
- II – Indicação clínica do médico responsável pelo tratamento do paciente;
- III – Autorização expressa da **JUDICEMED**, após avaliação e aprovação do plano de tratamento proposto pela empresa responsável pela implantação da internação domiciliar;
- IV – Categoria do domicílio de instalação de equipamentos necessários à internação domiciliar;
- V – Escolha de um cuidador/responsável que supervisionará todas as atividades realizadas e ministradas ao paciente, além de servir de intercâmbio entre paciente/prestador de serviço e **JUDICEMED**.

A cobertura do *home care*, após avaliação e autorização da **JUDICEMED**, restringe-se

a:

- I – Cuidados de enfermagem em período integral ou parcial, conforme o caso;
- II – Assistência médica e de outros profissionais da área médica indispensáveis ao tratamento;
- III – Terapias com medicamentos endovenosos, ou hospitalares;
- IV – Dependência de equipamentos e gases medicinais hospitalares que garantam a sobrevivência;
- V – Necessidade de dieta parenteral e enteral;
- VI – Cuidados com cateteres de longa permanência por período limitado de tempo, ou até que o cuidador/responsável esteja apto a fazê-lo;
- VII – Exames complementares relacionados ao motivo da internação;
- VIII – Fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia exigidos pelo caso, para a recuperação do paciente;
- IX – Curativos de qualquer porte;
- X – Administração de dieta enteral e parenteral;
- XI – Aspiração oral e traqueal;
- XII – Cuidados com cateteres (vesical, enteral, nasal etc.);



XIII – Medicação enteral e parenteral;

XIV – Nebulização.

O *home care* será concedido sem qualquer ônus ao beneficiário por um período de 30

(trinta) dias, podendo, eventualmente, ser prorrogado por mais 30 (trinta) dias, após análise do caso pela auditoria da **JUDICEMED**.

Quando da utilização de cobertura de *home care*, o beneficiário e/ou representante legal obriga-se a:

I – Indicar um responsável (cuidador) a fim de receber instruções sobre cuidados de saúde e ministrá-los ao paciente, de acordo com as possibilidades previstas pelo prestador de serviços de internamento domiciliar;

II – Conduzir o plano de cuidador, com orientação, para atingir o maior nível de saúde e bem-estar do paciente, comprometendo-se a participar, quando possível, das decisões relacionadas à implementação, desenvolvimento e revisão do plano de atendimento;

III – Prover o prestador da internação domiciliar de informações relativas e/ou decorrentes das suas necessidades para efeitos de cuidado em domicílio, além de permitir, por escrito, a liberação de quaisquer informações, desde que essenciais à prestação do serviço;

IV – Informar ao prestador de internação domiciliar e à **JUDICEMED**, dentro do prazo de tratamento, qualquer insatisfação ou questionamento sobre o serviço.

Estão excluídos da cobertura de *home care* os seguintes cuidados e tratamentos:

I – Higiene no leito;

II – Troca de fraldas;

III – Movimentação do paciente.

Caberá à **JUDICEMED**:

I – Monitorar o tempo de internação domiciliar, com acompanhamento por intermédio de visitas periódicas até o momento da alta hospitalar;

II – Certificar que o serviço de internação domiciliar está preparando o paciente para reingressar

no atendimento ambulatorial de rotina anterior à sua internação hospitalar e/ou alta;

III – Avaliar a assistência prestada pelo médico titular e sua equipe multidisciplinar que efetivamente se façam necessárias no processo de acompanhamento domiciliar e, ainda, considerar a frequência e a qualidade desses atendimentos;

IV – Analisar o relatório de visita domiciliar, verificando se o plano de ação proposto pelo serviço de *home care* está efetivamente sendo realizado;

V – Avaliar os critérios de independência do paciente em regime de internação domiciliar, que fornecerá subsídios para a previsão da alta do tratamento domiciliar;



VI – Solicitar, do prestador, a emissão de relatórios de todos os atendimentos prestados aos beneficiários da **JUDICEMED**.

Assistência ao Paciente Cronicamente Enfermo

Os beneficiários cronicamente enfermos poderão participar do Programa de Assistência ao paciente cronicamente enfermo se estiverem dentro das normas de elegibilidade para esse programa, a saber:

- I – Indicação clínica do médico responsável pelo tratamento do paciente;
- II – Autorização expressa da **JUDICEMED**, após avaliação e aprovação do plano de tratamento proposto pelo médico assistente;
- III – Categoria do domicílio de instalação de equipamentos necessários ao cuidado domiciliar;
- IV – Eleição de um cuidador/responsável que supervisionará todas as atividades realizadas e ministradas ao paciente, além de servir de intercâmbio entre paciente e **JUDICEMED**.

A cobertura do programa de assistência ao paciente crônico, após avaliação e autorização da **JUDICEMED**, restringe-se a:

- I – Cuidados de enfermagem, auxiliares de enfermagem ou cuidadores em período integral ou parcial, conforme o caso;
- II – Assistência de médicos e de outros profissionais da área médica, como psicólogos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos, que se façam necessários para o tratamento e para a recuperação do paciente;
- III – Fornecimento de equipamentos e gases medicinais hospitalares que garantam a sobrevivência;
- IV – Fornecimento de cateteres para cuidados de longa permanência por período limitado de tempo, até que o cuidador/responsável esteja em condições de fazê-lo;
- V – Curativos de qualquer porte;
- VI – Administração de dieta enteral e parenteral;
- VII – Aspiração oral e traqueal;
- VIII – Cuidados com cateteres (vesical, enteral, nasal, etc.);
- IX – Medicação enteral;
- X – Nebulização.

O programa de cuidados ao paciente crônico será subsidiado em 90% (noventa por cento) do seu valor pela **JUDICEMED** e em 10% (dez por cento) pela sua família, sempre na forma de reembolso, tendo em conta os valores das tabelas próprias da **JUDICEMED**, ficando certo que quando os prestadores de serviços utilizados pelos pacientes forem credenciados ou referenciados da **JUDICEMED** o pagamento aos mesmos será integralmente coberto.

Quando da utilização da cobertura do programa, o beneficiário e/ou seu representante legal obriga-se a:



- I – Apontar um responsável (cuidador) a fim de receber conhecimentos sobre cuidados de saúde a fim de poder ministrá-los ao paciente, de acordo com as necessidades previstas pelo prestador de serviços que atende o paciente;
- II – Conduzir o plano de cuidador, com orientação, para atingir o mais alto nível possível de saúde e bem-estar do paciente, comprometendo-se a participar, quando possível, das decisões relacionadas ao desenvolvimento, implementação e revisão do plano de atendimento;
- III – Prover o cuidador domiciliar de informações relativas e/ou decorrentes das necessidades para efeito de cuidados em domicílio, além de permitir, por escrito, a liberação de quaisquer informações, desde que essenciais à prestação do serviço, como por exemplo prontuário e exames;
- IV – Informar aos cuidadores domiciliares e à **JUDICEMED**, dentro do prazo de tratamento, qualquer insatisfação ou questionamento sobre o serviço.

Estão excluídos da cobertura do programa os seguintes cuidados e tratamentos:

- I – Higiene no leito;
- II – Troca de fraldas;
- III – Movimentação do paciente.

Fica garantido aos beneficiários da **JUDICEMED** atendimento nos casos de urgência e emergência, fora da área de abrangência constante neste regulamento, por intermédio de contrato firmado com a **UNIMED CURITIBA – SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS**, desde 01 de dezembro de 2009.



ACTUARIAL – Assessoria e Consultoria Atuarial S/C Ltda.
Rua Benjamin Constant, 67 - cj. 404 – fone (041) 322-2110
<http://www.actuarial.com.br>
Curitiba - PR

Responsável Técnico

A handwritten signature in blue ink, reading "Luiz F. Vendramini". The signature is written in a cursive style.

Luiz Fernando Vendramini
Atuário – Miba 1307