



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA GERAL DA REPÚBLICA
3ª Câmara de Coordenação e Revisão
Consumidor e Ordem Econômica

NOTA TÉCNICA N° 9/2025/CS-SAÚDE SUPLEMENTAR/3ªCCR

REFERÊNCIA	PA. nº 1.00.000.008392/2024-85
EMENTA	Contribuições da Comissão de Saúde Suplementar da 3ªCCR para a Consulta Pública ANS nº 159/2025 que amplia o debate público em torno da Política de Preços e Reajustes dos Planos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com foco restrito à apreciação das minutas de normas propositivas referentes a Reajuste Coletivo e Revisão Técnica .

1. A Agência Nacional de Saúde Suplementar disponibilizou a [Consulta Pública nº 159](#) no intuito de promover **nova participação social** com vistas a ampliar o debate público em torno da efetiva implementação da **Política de Preços e Reajustes dos Planos de Saúde**, facultando o envio de contribuições entre 21/07/2025 a 19/10/2025.

2. A consulta é continuidade de um processo iniciado pela ANS em 2024 ([Audiência Pública ANS nº 48/2024](#), [Consulta Pública ANS nº 145/2024](#), [Tomada de Subsídios ANS nº 4/2024](#) e [Audiência Pública ANS nº 50/2025](#)). Naquela ocasião, a ANS ponderou pela discussão conjunta de 4 (quatro) grandes temas: **i) Reajuste de planos coletivos; ii) Mecanismos financeiros de regulação (coparticipação e franquia); iii) Venda de planos on-line; e iv) Revisão técnica de preços de planos individuais/familiares.**

3. O MPF por intermédio da Recomendação nº 1/2025/GTPS/3ªCCR/MPF ([PGR-00014497/2025](#)) advertiu para a necessidade de fragmentação dos temas em consultas individuais como forma de se promover o aperfeiçoamento de participação social e permitir efetiva contribuição pública, aspecto também questionado pela Associação Brasileira de Planos de Saúde - ABRAMGE no Mandado de Segurança nº 1008064-25.2025.4.01.3400 que tramita perante a 17ª Vara Federal Cível da SJDF contra a ANS, importando em liminar que suspendeu a consulta pública até que a ANS realizasse análise de impacto regulatório - AIR integrada, considerando os efeitos combinados das propostas em discussão, conforme solicitado pela

ABRAMGE e respaldado pelo MPF em sua atuação como *custos legis*.

4. Por ocasião da [621ª Reunião](#) Ordinária da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), realizada dia 28 de abril de 2025, foram compartilhados os resultados iniciais do Projeto de Reformulação da Política de Preços e Reajustes dos Planos de Saúde Privados, que integra a agenda regulatória 2023-2025, ocasião em que os temas de **ii) Mecanismos financeiros de regulação (coparticipação e franquia); e iii) Venda de planos on-line** foram suprimidos por necessidade de deliberação adicional, instaurando-se câmara técnica para aprofundar as discussões sobre mecanismos financeiros de regulação; sugerindo-se o envio da minuta sobre Venda on-line à prévia apreciação da Procuradoria Federal junto à ANS.

5. A nova consulta pública, portanto, submete para contribuição **apenas as minutas de normas referentes ao Reajuste Coletivo (i) e à Revisão Técnica (iv)**, procurando disponibilizar documentos de apoio, com informações técnicas e contextualização das propostas, visando auxiliar a compreensão dos temas em discussão e subsidiar contribuições mais qualificadas.

6. Os documentos já contemplam a AIR Integrada objeto do Mandado de Segurança da ABRAMGE, bem como sugestão do MPF registrada na [Nota Técnica nº 1/2025/GTPS/3ªCCR \(PGR-00037910/2025\)](#) no sentido da fundamentalidade de que os temas de Reajuste e Revisão Técnica fossem tratados de forma apartada - para se evitar confusões conceituais (o **reajuste** atua contra desequilíbrios previsíveis decorrentes da dinâmica econômica ordinária, notadamente para a correção inflacionária, enquanto que a **revisão** atende a eventos extraordinários e imprevisíveis, ou a eventos previsíveis mas com efeitos imprevisíveis) - , porém em regulamentação sistêmica, preferencialmente na mesma norma, o que restou acolhido na criação do Capítulo III-A, na RN nº 565/2022.

7. A seguir passa-se à análise da documentação disponibilizada, e indicação de itens de maior relevância de apreciação identificados pela CS-Saúde/3ªCCR.

Alteração do art. 23 da RN 557 (rescisão unilateral em contratos coletivos por adesão e coletivos empresariais)

8. A ANS propõe a alteração do art. 23 da RN 557 (que trata sobre a classificação e características dos planos de saúde), com destaque para a alteração que diz que o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, **somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário**, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora **apresentar para o contratante as razões da rescisão** no ato da comunicação, sendo **vedada qualquer hipótese relacionada à seleção de risco**.

9. Não obstante se reconheça o avanço que as medidas podem proporcionar à

segurança jurídica e à proteção do consumidor, a agência parece perder mais uma oportunidade de reparar um erro histórico, ainda admitindo que os contratos de planos de saúde coletivos não são por prazo indeterminado ou com prazos determinados com renovação automática, deixando de reconhecer a proibição de rescisão unilateral dos contratos de planos de saúde por parte das operadoras.

10. Com efeito, a **Lei de Planos de Saúde** diz expressamente que o plano privado de assistência à saúde consiste na prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, **por prazo indeterminado (art. 1º, I)**. O art. 13 da **Lei de Planos de Saúde** confirma essa disposição, informando que todos os contratos de planos de saúde têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência. É de se compreender, ademais, que o inciso II do parágrafo único do art. 13, ao conferir a garantia de que o beneficiário de contrato individual não será excluído do plano (suspensão ou rescisão), a não ser nas hipóteses de fraude ou inadimplemento, não significa que as demais fórmulas de contratação estarão sob exclusivo critério das operadoras, agindo em livre mercado.

11. A condição de contrato por tempo indeterminado, ou de contrato determinado com renovação anual automática, insita ao regime de planos de saúde, resta mais uma vez evidente na Lei quando o **art. 16**, que estabelece dentre as cláusulas gerais do contrato ou regulamento o elemento essencial “início da vigência”. Parece óbvio que se o legislador estivesse preocupado com a hipótese de haver contratos por tempo determinado, ou contratos sem renovação automática, teria ele exigido que os contratos e regulamentos indicassem também com absoluta clareza o final de vigência do contrato ou suas condições resolutivas.

12. Toda a Lei de Planos de Saúde evoca a noção de dirigismo contratual para condicionar a oferta de planos de saúde ao interesse público, cumprindo à agência o dever de observar suas diretrizes. Com efeito, o privilégio hoje conferido às operadoras que comercializam os planos empresariais provoca profundos prejuízos à sociedade brasileira, visto que representam cerca de 80% dos aproximadamente 51 milhões de usuários de planos privados no país.

13. No âmbito regulatório, deve a agência agir para impedir que o desequilíbrio na relação negocial afete a parte mais fraca. Nesse sentido, a avaliação de impacto regulatório apontou que o desequilíbrio está ocorrendo nos contratos até 1000 vidas e esse dado não pode ser desconsiderado quando avaliamos as hipóteses de rescisões unilaterais imotivadas.

14. A proposta então é que a agência ao menos vede a possibilidade de rescisão pelas operadoras nos contratos coletivos de até 1000 vidas (indicando que o contrato é por tempo indeterminado, como prevê a Lei de Planos de Saúde), salvo determinados motivos reconhecidos e/ou pré-estabelecidos pela agência, a exemplo da fraude, da inadimplência, a ilegitimidade do beneficiário ou até mesmo a violação de alguma cláusula contratual.

15. Fazer diferente impacta severamente a oferta dos planos individuais e familiares

e assim a ANS se distancia da missão legal conferida pela inteligência da Lei de Planos de Saúde, que não determinou a oferta de planos individuais e familiares à toa. Deixar para a iniciativa privada apenas o dever de “apresentar suas razões” ao tempo da rescisão, conforme a proposta da ANS, é pouco e proporciona outro incentivo à gestão de contratos e seleção de risco.

Contribuição MPF: O art. 23 da RN 557 deve ter um parágrafo adicionado ao texto: “*É vedada às operadoras de planos privados de assistência à saúde a rescisão unilateral nos contratos coletivos por adesão e os seus contratos coletivos empresariais com mil beneficiários ou menos, salvo nas hipóteses de ilegitimidade do usuário, fraude, inadimplemento*”.

Ementa, art. 2º-A, Capítulo III-A, e Anexo II da RN 565 (Revisão Técnica para os contratos individuais e familiares)

16. Inicialmente, registra-se elogio pela decisão de trazer a sugestão de alteração de norma para a RN 565. Isso é importante para evitar mais fragmentação normativa, dificultando a compreensão pelos usuários. Somos contrários, contudo, à proposta de disciplinar a revisão técnica, na forma como foi submetida à Consulta. Isso porque os objetivos perseguidos a partir da ideia de revisão das mensalidades nos planos individuais podem oferecer riscos ao consumidor e fomentar a ineficiência e o desperdício no setor.

17. Primeiramente, é fundamental destacar a importância dos termos e expressões técnicas com valor jurídico. Há um entendimento clássico da Hermenêutica que repousa na velha lição na qual a lei não contém palavras inúteis (*verba cum effectu sunt accipienda*). Ou seja, as palavras devem ser compreendidas como tendo alguma eficácia. Não se presumem, na lei, palavras inúteis ou tautológicas. Para o direito, as expressões REAJUSTE e REVISÃO tem sentido e alcance próprios.

18. Em síntese, reajuste é um mecanismo periódico, automático e previsível destinado a compensar os efeitos da inflação sobre o valor contratual. Revisão é um mecanismo excepcional, extraordinário e imprevisível destinado a recompor o equilíbrio econômico-financeiro quando eventos imprevistos ou imprevisíveis alterarem substancialmente as condições originais do contrato. A Regulação da ANS inclusive ainda precisa se ajustar a esta distinção. Até hoje, o art. 25, §1º, da RN n. 557 ainda considera reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico atuarial do contrato. Há outras tantas previsões ambíguas ou inespecíficas na RN 565, a exemplo dos arts. 24, 28, 30, 46, 47.

19. No âmbito da “revisão técnica”, aplicada apenas aos contratos individuais, a crítica deriva justamente do abuso do direito de regular, criando-se fórmulas especiais, para atender a interesse de determinados segmentos econômicos (as operadoras). Com efeito, há uma contradição na premissa da revisão técnica, já que o art. 43-A diz que a revisão técnica visa

corrigir desequilíbrios consistentes nos planos de saúde. O questionamento que se faz é: Se para a ANS, os reajustes dizem respeito a toda e qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico atuarial do contrato, o que há de errado no cálculo de reajuste máximo previsto na RN ANS nº 441/2018? Lembre-se que o reajuste máximo permitido para os planos individuais tem em sua fórmula não apenas a variação da inflação (IPCA-e) mas também a variação das despesas assistenciais (VDA).

20. O teto máximo de reajustes obviamente já absorve a presença de eventos ou circunstâncias extraordinárias, na medida em que o índice responde direta e objetivamente a qualquer aumento no preço dos custos, sejam ordinários ou extraordinários. A preocupação que o tema levanta é a desqualificação da RN ANS nº 441/2018, com a autorização para fura-tetos, com fundamentos em fatos que já são apreciados na RN ANS nº 441/2018. Ademais, com a criação de uma “revisão técnica”, a agência corre o risco de anular os efeitos do Fator de Ganhos de Eficiência (FGE) e incentiva a criação de “puxadinhos” regulatórios para atender a interesses exclusivos das operadoras. Torna a regulação mais complexa, dificultando a compreensão através da fragmentação normativa e lógica do sistema da saúde suplementar.

21. Mais simples é sempre a melhor solução. Nesse caso, o que se quer tratar através de um novo instrumento, já tem previsão normativa bastante, seja através da RN ANS nº 441/2018, que pode obviamente ser revisitada em seus critérios no futuro, ou ainda, sob a lógica do que a ANS ainda entende como reajuste, que é qualquer variação, ordinária ou extraordinária, nos preços praticados. A sugestão então é a supressão do tema revisão técnica, por ora, até que haja uma inteira avaliação dos termos reajuste e revisão, bem como sejam expurgados eventos que são próprios do negócio das operadoras (o risco, por exemplo), e dos eventos imprevisíveis ou de efeitos imprevisíveis, da órbita ordinária dos reajustes.

Contribuição MPF: o instituto da revisão técnica para planos individuais não está maduro, deixa desnecessariamente mais complexa a regulação, provoca confusão para os usuários e ainda pode eliminar os efeitos positivos colhidos com o fator de eficiência previsto na RN ANS nº 441/2018.

Alteração do art. 27 e Anexo I, da RN 565 (regras para o cálculo de reajustes nos contratos coletivos)

22. A proposta da ANS, em síntese, veda a acumulação do índice de variação de preços com o índice de sinistralidade, possibilita que o índice de preços possa ser o VDA, fixa uma sinistralidade meta mínima de 72% e exclui das regras as autogestões.

23. Conforme pontuado pela agência no seu Relatório de Análise de Impacto Regulatório (RAIR), dentre os problemas regulatórios encontrados consta que os reajustes expressivos verificados no setor, praticados especialmente nos planos coletivos, encontram

amparo na falha de mercado conhecida como assimetria de informação e no consequente desequilíbrio na negociação contratual.

24. Sobre o tema, a Lei dos Planos de Saúde fixa que os contratos, regulamentos ou condições gerais, devem conter dispositivos que indiquem com clareza os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias (art. 16, XI). Já a Lei de criação da ANS estabelece que compete à agência autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda (art. 4º, XVII). Não à toa, para o desempenho dessa atribuição, a lei lhe confere a competência para expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões (art. 4º, XVIII).

25. Frente a esse quadro, é possível afirmar que a política de reajustes precisa ser urgentemente revisada. A lógica do reajuste deveria se limitar ao repasse do contratante das perdas inflacionárias, não se possibilitando a transferência do risco da esfera jurídica da operadora para o contratante, a cada doze meses.

26. É dizer: a operadora não é uma mera intermediária de serviços, devendo, pela natureza do negócio, absorver os efeitos ligados à assunção do risco assumido e ser dirigida sob o propósito da eficiência enquanto *linha de chegada*, construindo linhas de cuidado de longo prazo com os beneficiários, em uma relação ganha-ganha.

27. Com efeito, reajuste serve para o reequilíbrio do contrato, associado ao aumento geral de custos, e se houver, ano após ano, a possibilidade garantida à operadora de remeter ao contratante a absorção dos riscos pela ocorrência dos eventos em saúde, haverá sempre um incentivo ao aumento dos preços e um flagrante desestímulo à eficiência na gestão das despesas assistenciais, diante da “garantia” de repasse da rubrica, conferida pela ANS.

28. Apenas situações excepcionais de mercado devem suscitar a revisão do contrato, sobre condições rigorosamente apuradas pela ANS, a ocorrer em janelas temporais definidas dentro de intervalos previstos pela regulação e condições conhecidas pelos agentes econômicos.

29. Veja-se que, equivocadamente, o atual art. 25, §1º, da RN n. 557 ainda considera reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico atuarial do contrato. A confusão dos termos é simbólica, mas também emblemática. Permitir que a operadora repasse integralmente ao contratante/usuário o risco da sua atividade a cada 12 meses é transformar a operadora em mera intermediária de serviços. O exemplo fica pior quando lembramos que a forte tendência de verticalização implica no modelo onde a operadora reajusta seus preços graças ao “preço” cobrado por ela própria, visto que esta é dona da rede médica de assistência. A atual disciplina do reajuste serve para “blindar” consideravelmente o risco assumido pelas operadoras.

30. De outro lado, nas operadoras não verticalizadas, estas ainda operam

predominantemente sob o sistema conhecido como *fee-for-service*, onde os valores pagos aos prestadores são fortemente influenciados por incentivos ao desperdício, à ineficiência e a comportamentos inoportunos pelos agentes envolvidos, diante do risco moral amplamente difundido nos estudos técnicos setoriais. A lógica do preços nesse modelo é amplamente prejudicial ao consumidor, visto que a variação positiva das despesas assistenciais é consequência do aumento das faturas pagas aos prestadores, onde o núcleo das rubricas gira em torno de materiais e medicamentos (MatMed). O ciclo é conhecido e muitas vezes as variações nos preços praticados sequer dependem de negociação, resultando da aplicação de tabelas privadas, formuladas por terceiros, e cujas críticas e denúncias apontam para valores distantes da realidade.

31. Com efeito, falar em meta de sinistralidade (com suas causas e efeitos) associada a reajuste não parece adequado, na medida em que mistura instrumentos de funções díspares. Com efeito, é a revisão que aborda situações derivadas da chamada álea econômica extraordinária, entendida pelas flutuações abruptas de mercado não previstas no contrato.

32. A ideia de um índice único inflacionário parece adequada, na medida em que o mercado corrigirá a construção complexa de fórmulas, compostas por segmentações de índices diversos. É preciso, contudo, garantir que esses índices sejam confiáveis e publicados por entidades de reconhecida idoneidade para evitar capturas de mercado, a exemplo dos riscos e evidências colhidas com as chamadas “tabelas privadas”, que indexam os preços de “MatMed” a partir de parâmetros irreais e com efeitos abusivos.

Sugestão: Sugere-se uma ampla revisão no arcabouço regulatório da agência, para distinguir juridicamente os termos reajuste e revisão, indicando o primeiro para circunstâncias de recomposição de preços, e o segundo para recomposições do equilíbrio econômico-financeiro derivado de eventos imprevisíveis ou de efeitos imprevisíveis. Outra sugestão é excluir das cláusulas de reajuste anual o VDA, a sinistralidade, ou qualquer outra forma de repasse aos preços de variações proporcionadas por agentes não alinhados, cujos incentivos proporcionam o desperdício e a ineficiência.

Arts. 36 e 37 da RN 565 (regras para o agrupamento de contratos coletivos para fins de cálculo de percentual de reajuste)

33. A proposta da ANS, em síntese, fixa a obrigatoriedade da operadora agrupar os contratos com até 400 vidas, para fins do cálculo do percentual do reajuste nos planos coletivos.

34. Sobre o tema, a Lei de criação da ANS estabelece que compete à agência autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda (art. 4º, XVII).

35. A Análise de Impacto Regulatório da ANS apontou que o agrupamento dos contratos com menos de 30 vidas perdeu eficiência. A agência reconheceu inclusive a

recorrência de denúncias e notícias na mídia sobre rescisões unilaterais nos contratos coletivos, onde é notável o desequilíbrio na relação entre contratantes e operadoras. Diante disso, a AIR contém sugestão de ampliação do número de vidas para até 1000.

36. Não obstante o pool de 1000 vidas funcione como um incentivo para o setor no combate à gestão de contratos e à seleção de riscos em carteiras, ainda é possível verificar que a regulação da ANS ainda é permissiva no que tange ao percentual máximo destes reajustes.

37. A AIR reconhece que a assimetria de informação em torno da cláusula de reajuste torna-se mais severa nas contratações que envolvem contratantes com baixo poder de barganha junto à operadora. No ponto, a análise é explícita ao indicar que contratos empresariais com menos de 1.000 vidas não têm poder de barganha suficiente em uma negociação para alcançar os níveis de reajuste obtidos por contratos de maior porte.

38. Um registro igualmente importante é feito em relação à realidade americana, cujo mercado inspira em muitos pontos o setor da saúde suplementar brasileira. Com efeito, a Agência Centers for Medicare & Medicaid Services - CMS realiza a revisão, em parceria com os estados, de solicitações de reajuste superiores a 15% (anteriormente, 10%) em apólices individuais ou de pequenos grupos. Assim, reajustes superiores ao teto fixo estabelecido somente ocorrem depois de escrutínio severo do Estado e da aprovação prévia, diante de razões bem evidenciadas pelo proponente.

39. Desta forma, nos contratos coletivos com até 1000 vidas, deve a agência agir também no sentido de limitar o reajuste a um teto, nos moldes do que já ocorre com os planos individuais e familiares. Isso porque há de se aplicar os mesmos fundamentos que motivam a proteção hoje presente nos contratos individuais e familiares. É dizer: A vulnerabilidade do contratante é evidente, a negociação costumeiramente não ocorre em patamares justos, com contratos tipicamente de adesão e o poder da agência serve para intervir nessas relações e proporcionar maior equilíbrio à negociação.

Contribuição MPF: o art. 37 da RN 565 deve ser assim editado: “É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde, com exceção das autogestões, formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos por adesão e os seus contratos empresariais com mil beneficiários ou menos, para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento, o qual não poderá ser superior ao teto máximo de reajuste aplicado aos planos individuais e familiares”.

CONCLUSÃO

40. As contribuições ora apresentadas visam prioritariamente resgatar o dirigismo contratual estabelecido na Lei de Planos de Saúde e garantir o equilíbrio negocial, especialmente para os contratos coletivos que atendem a 80% dos aproximadamente 51 milhões de usuários no país, e cuja vulnerabilidade é agravada pela assimetria de informação e pelo baixo poder de barganha.

41. Nesse sentido, o MPF conclama a ANS a adotar medidas concretas para garantir a

estabilidade contratual dos usuários, reconhecendo o caráter de prazo indeterminado dos planos de saúde. Propõe-se a vedação expressa da rescisão unilateral imotivada por parte das operadoras nos contratos coletivos por adesão e nos contratos coletivos empresariais com até mil beneficiários, permitindo a rescisão apenas em casos estritos como fraude, inadimplemento ou ilegitimidade do usuário, conforme sugerido para alteração do art. 23 da RN ANS nº 557/2022, medida essencial para coibir a seleção de risco e a gestão abusiva de contratos que afetam diretamente a parte mais fraca da relação negocial.

42. Ademais, é imperativa a necessidade de clareza conceitual e estrutural na regulamentação dos mecanismos de preço, sugerindo-se a supressão do tema "revisão técnica" (Capítulo III-A da RN ANS 565/2022), por ora, pois, tal como proposto, o instituto não está maduro, gera confusão para os usuários e corre o risco de desvirtuar os efeitos positivos do Fator de Ganhos de Eficiência (FGE) estabelecido na RN ANS nº 441/2018. Juridicamente, os termos reajuste (correção inflacionária periódica e previsível) e revisão (recomposição por eventos extraordinários e imprevisíveis) devem ser rigidamente distintos, afastando a confusão hoje presente em normas como o art. 25, §1º, da RN ANS nº 557/2022.

43. Relativamente aos reajustes coletivos, o MPF reitera que a lógica do reajuste deve se limitar à recomposição das perdas inflacionárias, e não transferir o risco inerente à atividade empresarial da operadora para o contratante a cada doze meses. Assim, sugere-se a exclusão do VDA (Variação das Despesas Assistenciais) e da sinistralidade das fórmulas de reajuste anual nos contratos coletivos. Permitir o repasse integral do risco desestimula a eficiência na gestão das despesas assistenciais e transforma a operadora em mera intermediária de serviços.

44. Por fim, reconhecendo que a Análise de Impacto Regulatório (AIR) da própria ANS indicou que contratos com menos de 1.000 vidas carecem de poder de barganha, é fundamental ampliar a proteção regulatória. Assim, propõe-se que a obrigatoriedade de agrupamento para fins de cálculo de reajuste (art. 37, da RN ANS nº 565/2022) seja estendida para todos os contratos coletivos por adesão e os contratos coletivos empresariais com mil beneficiários ou menos. Mais crucialmente, o percentual de reajuste aplicado a esse agrupamento não deverá ser superior ao teto máximo de reajuste aplicado aos planos individuais e familiares, aplicando-se os mesmos fundamentos de proteção contra a vulnerabilidade do contratante.

Brasília/DF, data da assinatura eletrônica.

Assinado eletronicamente

HILTON MELO

Procurador da República

Coordenador da CS-Saúde Suplementar da 3^aCCR

Assinado eletronicamente

ROBERTO D'OLIVEIRA VIEIRA
Procurador da República
Membro da CS-Saúde Suplementar da 3^ªCCR

Assinado eletronicamente
NIEDJA GORETE DE ALMEIDA ROCHA KASPARY
Subprocuradora-Geral da República
Membro da CS-Saúde Suplementar da 3^ªCCR

Assinado eletronicamente
MARCUS VINICIUS AGUIAR MACEDO
Procurador Regional da República
Membro da CS-Saúde Suplementar da 3^ªCCR

Assinado eletronicamente
FABIANO DE MORAES
Procurador da República
Membro da CS-Saúde Suplementar da 3^ªCCR



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

Assinatura/Certificação do documento **PGR-00365559/2025 NOTA TÉCNICA nº 9-2025**

Signatário(a): **ROBERTO D OLIVEIRA VIEIRA**

Data e Hora: **24/10/2025 15:19:13**

Assinado em nuvem

Signatário(a): **NIEDJA GORETE DE ALMEIDA ROCHA KASPARY**

Data e Hora: **24/10/2025 19:03:35**

Assinado em nuvem

Signatário(a): **HILTON ARAUJO DE MELO**

Data e Hora: **27/10/2025 10:10:18**

Assinado com login e senha

Signatário(a): **FABIANO DE MORAES**

Data e Hora: **27/10/2025 13:21:13**

Assinado com login e senha

Signatário(a): **MARCUS VINICIUS AGUIAR MACEDO**

Data e Hora: **27/10/2025 14:40:40**

Assinado com login e senha

Acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave ef6467e2.c915566b.68f10e39.37d6624e