



Instituto de Previdência dos Municípios de Catanduva

Lei Complementar n.º 127 de 24.09.1999

13.08.2026

ATA DA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE PREVIDENCIA E DO CONSELHO FISCAL DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS MUNICIPIÁRIOS DE CATANDUVA realizada em 13 de agosto de 2.026 às 15:00 horas para tratar dos seguintes assuntos:

- a) Apresentação dos resultados do Estudo sobre o Plano de Saúde dos Servidores Municipais, elaborado pela Empresa contratada pela Prefeitura.

O Diretor Superintendente José Roberto Setin fez a abertura da reunião e passou a palavra para o Secretário do Conselho Fiscal que fez a chamada dos Conselheiros presentes, registrando-se as presenças de: Adegmar Aparecido Barbosa, Alessandro Furquim de Andrade, Ericsson Bobadilha dos Santos, Guilherme Dias Gozzi, Júlio Vitor Barbieri, Maria Helena Fioratti e Maria Rita Aguilar Araujo. Logo após foi passada a palavra ao Presidente do Conselho Municipal de Previdência que, do mesmo modo solicitou ao Secretário que fizesse a chamada dos Conselheiros, registrando-se as presenças de: Emerson Aparício, Orivaldo Benedito de Lima, Osvalter Paulino Junior, Joviano Ledier de Moraes, Renato Aparecido Biagi e Vanderlei Furoni. Além disso, registrou-se a presença do Diretor Superintendente Substituto Isaque Pereira da Silva, do Diretor de Administração e membro do comitê de saúde, João Paulo Moura Martin, do Gestor de Gabinete Fernando Sá e do senhor Benedito Carlos Rodrigues, da Benare Consultoria.

Havendo número legal de Conselheiros para a realização da presente reunião, passou-se a discutir os assuntos da pauta conforme segue: o Estudo Direcional de Sustentabilidade do Plano de Saúde, foi elaborado com o objetivo de subsidiar o alinhamento estratégico e fornecer elementos técnicos para a avaliação da sustentabilidade assistencial e econômico-financeira do plano. O estudo contempla análises da evolução da carteira de beneficiários, aspectos demográficos e atuariais, comparação com alternativas de mercado, avaliação contratual, análise financeira e de sinistralidade, evolução assistencial e avaliação de cenários estruturais. O estudo apontou crescimento expressivo da carteira de beneficiários, com aumento de aproximadamente 51,9% no número de inativos e crescimento de 65% na utilização ambulatorial. Também foi indicada a existência de excedente mensal estimado na faixa de R\$ 80 mil a R\$ 100 mil, embora o estudo ressalte a existência de pressões estruturais que podem comprometer o equilíbrio futuro do plano. Segundo a análise apresentada, o principal desafio atualmente identificado não seria necessariamente a substituição da operadora, mas o controle progressivo da utilização ambulatorial, o aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão assistencial e a construção de um modelo financeiramente sustentável no médio e longo prazo. O estudo também conclui que, no momento, o modelo apresenta custo-efetividade competitiva quando comparado às alternativas avaliadas. Foi destacada a alteração progressiva do perfil atuarial da carteira, especialmente em razão do envelhecimento dos beneficiários. O estudo aponta que, mesmo sem crescimento do número de usuários, existe tendência natural de aumento dos custos assistenciais decorrente do envelhecimento dos servidores e de seus dependentes. Entre os impactos esperados estão o aumento da demanda por: consultas especializadas, exames diagnósticos, terapias continuadas, internações hospitalares e tratamentos de maior



Instituto de Previdência dos Municípios de Catanduva

Lei Complementar n.º 127 de 24.09.1999

complexidade. A análise financeira demonstrou que os custos assistenciais apresentaram crescimento significativamente superior aos principais índices inflacionários e salariais, evidenciando pressão crescente sobre a sustentabilidade do modelo. Particular atenção foi dada às despesas com procedimentos ambulatoriais, que passaram de valores na ordem de R\$ 100 mil em 2020 para valores superiores a R\$ 1 milhão em 2025. O estudo registra ainda que os procedimentos ambulatoriais chegaram a ultrapassar o patamar de R\$ 600 mil em um único mês, em razão principalmente do aumento dos tratamentos oncológicos e com imunobiológicos. A avaliação apresentada considera possível uma estabilização e posterior redução desses valores com o encerramento dos ciclos de determinados medicamentos. Diante da elevada utilização ambulatorial, foram recomendadas medidas de fortalecimento da regulação assistencial, *ampliação das estratégias preventivas*, adoção de mecanismos de medicina baseada em valor, uso racional dos recursos e aperfeiçoamento da inteligência assistencial. A matriz comparativa realizada indicou que o mercado regional apresenta baixa competitividade imediata no segmento analisado. Conforme o estudo, essa condição reduz o poder de barganha institucional, limita alternativas negociais no curto prazo e dificulta eventual migração abrupta para outra operadora sem impactos financeiros relevantes. Também foi apontado que determinadas exigências estruturais e regionais restringem o interesse de novas operadoras. A conclusão apresentada é de que a migração integral para alternativas atualmente disponíveis tenderia a produzir impacto financeiro expressivo, potencialmente incompatível com a capacidade contributiva de parcela dos beneficiários ativos e aposentados. O modelo atual foi considerado competitivo quando analisados conjuntamente a abrangência assistencial, a composição populacional, o perfil etário e o custo global do benefício. O estudo apresentou simulação financeira comparando a carteira da Assistência Médica com o Plano Unimed Rio Preto destinado aos servidores de São José do Rio Preto. Foi ressaltado que a ausência de mecanismos moderadores de coparticipação poderia elevar significativamente o custo global do plano, aumentando a pressão financeira sobre o sistema. Nesse sentido, o modelo atual de compartilhamento contributivo foi considerado importante instrumento de equilíbrio financeiro e de racionalização da utilização assistencial. Quanto ao modelo contributivo, o estudo observa que sua estrutura foi concebida para contribuir para o equilíbrio financeiro do Fundo de Assistência Médica, inclusive mediante cobrança diferenciada para agregados. Entretanto, em determinadas composições familiares, especialmente quando há múltiplos agregados, os descontos em folha podem representar elevado comprometimento da margem do servidor. Foi, portanto, indicada a necessidade de reavaliação gradual das regras contributivas e de elegibilidade, buscando compatibilizar a sustentabilidade institucional com a capacidade contributiva dos beneficiários. O estudo registra que, no período analisado, o equilíbrio operacional foi sustentado pela combinação de: arrecadação direta dos beneficiários, contribuição patronal e mecanismos de coparticipação. Ao mesmo tempo, foram identificados sinais de pressão estrutural futura relacionados principalmente ao envelhecimento da carteira, ao crescimento das terapias de alta complexidade e ao aumento progressivo da utilização assistencial. Foi registrado, ainda, que o excedente mencionado para 2025 não se concretizou na forma inicialmente projetada, tendo o Fundo de Assistência Médica arcado com aproximadamente R\$ 1,5 milhão em complementação. Foram apresentados três cenários principais: a) Modernização do modelo atual: classificada com baixo risco financeiro e operacional, baixa complexidade e prazo curto de implantação; b) Modelo de custo operacional



Instituto de Previdência dos Municipiários de Catanduva

Lei Complementar n.º 127 de 24.09.1999

pós pagamento: classificado com risco financeiro e operacional médio, complexidade média e prazo médio de implantação e c) Autogestão: classificada com risco financeiro e operacional alto, elevada complexidade e prazo longo de implantação. Entre as medidas associadas à modernização do modelo atual foram indicados o ajuste e a modernização contratual, a preservação dos atuais critérios de elegibilidade com possibilidade de aperfeiçoamentos graduais, a inclusão de seguro de remissão para famílias de servidores em caso de óbito, a reavaliação das regras relativas aos agregados, a avaliação de mecanismos contributivos complementares e a definição de limites para coparticipações. O estudo ressalta que os cenários apresentados não possuem caráter conclusivo, devendo eventual implantação considerar a maturidade estrutural, financeira e operacional Fundo. O senhor Benedito registrou expressamente que o estudo **não identificou**: inviabilidade imediata do plano, necessidade urgente de ruptura contratual, superioridade automática de modelos alternativos, existência de uma solução única para redução estrutural dos custos, evidências de que apenas a troca de operadora solucionaria o eventual desequilíbrio futuro e vantagem conclusiva e imediata da adoção da autogestão. Como encaminhamento estratégico, foram apresentadas medidas organizadas em três horizontes temporais. No curto prazo o fortalecimento da auditoria médica, aprimoramento da governança assistencial e revisão contratual; no médio prazo a implantação e fortalecimento da inteligência assistencial, desenvolvimento de ações de medicina preventiva e monitoramento sistemático da sinistralidade; no longo prazo a reavaliação periódica dos cenários, amadurecimento estrutural do modelo, revisão das regras contributivas e implementação gradual e sustentável das medidas, visando à proteção do benefício. Diante das informações apresentadas, o senhor Benedito registrou que o estudo teve como finalidade ampliar a capacidade técnica de avaliação e decisão diante da crescente complexidade assistencial, demográfica e financeira da carteira. As conclusões apresentadas indicam que não há, no momento, evidência de inviabilidade imediata do plano ou necessidade urgente de substituição da operadora, sendo recomendada, prioritariamente, a adoção de medidas de modernização e aperfeiçoamento do modelo atualmente existente. O estudo recomenda especial atenção ao crescimento da utilização ambulatorial, ao envelhecimento da carteira, à evolução dos tratamentos de alta complexidade, à gestão da sinistralidade, à governança assistencial, à auditoria médica e à sustentabilidade econômico-financeira. Recomendou, ainda, que eventuais alterações nas regras de elegibilidade, permanência, agregados e contribuição sejam avaliadas de forma gradual, técnica e sustentável, considerando tanto o equilíbrio financeiro do Fundo, quanto a capacidade contributiva dos beneficiários. Por fim, registrou que o estudo possui caráter direcional e não conclusivo, podendo os questionamentos, sugestões e necessidades de aprofundamento identificados durante a reunião ser objeto de análises complementares e posterior devolutiva aos órgãos competentes. Após a apresentação foi passada a palavra ao Gestor de Gabinete, Fernando Sá que agradeceu a participação na apresentação e disse que a gestão municipal está ao lado do funcionalismo e como fez com a segregação de massas que resolveu um problema sério de repasses ao IPMC, também quer contribuir para melhora da assistência médica. E como já foi funcionário tinha uma visão diferente do plano e que seria necessário achar uma alternativa. O estudo trouxe uma surpresa onde o modelo atual não é ruim, perto do sistema pós-pago, que o custo de implantação é muito alto, o sistema de autogestão, que também foi pensado, teria um custo ainda mais alto. O estudo nos mostra que consultas e exames correm dentro de uma normalidade, o que cresceu



Instituto de Previdência dos Municipípios de Catanduva

Lei Complementar n.º 127 de 24.09.1999

realmente foram as internações e procedimentos ambulatoriais onde é possível enxergar o porquê do desnível financeiro. Falou que o estudo mostrou uma visão que a administração não tinha. Antes havia uma visão de que o modo como o plano era conduzido era ruim, e o estudo mostrou que isso não é verdade. Só é preciso ser mais bem estruturado com profissionais que conheçam a área da saúde para analisar alguns gargalos e mostrar onde estão os problemas que vem causando os gastos maiores e encontrar caminhos para aprimorar a gestão. Registrou que o estudo mostrou que o custo atual do plano em relação ao mercado é baixo, por isso talvez a dificuldade de outras operadoras virem para a licitação. Após o Diretor Superintendente fez um questionamento ao Benedito em relação aos fatores. Disse que a operadora, ao ser questionada sobre os valores dos CH para exames, disse que para reduzir os valores de CH, seria necessário elevar os valores das mensalidades. Benedito disse que o estudo mostrou que o valor pago hoje está bem abaixo do valor de mercado e qualquer outra opção para reduzir os valores de CH a operadora teria que elevar o valor da mensalidade para cobrir os custos. Para reduzir a utilização em exames e procedimentos é necessário investir em medicina preventiva. Isso vem sendo feito pelas operadoras de saúde, porém sem grande adesão pelos beneficiários. O conselheiro Emerson registrou que o problema maior do plano é a sinistralidade, a grande utilização por parte dos beneficiários nos casos de exames e procedimentos. Que a ANS determina que o CH esteja entre R\$ 0,45 a R\$ 0,75 e que o valor atual está na média estabelecida. Que seria necessário a conscientização entre os beneficiários. O Sr. Benedito disse também que é preciso pensar e soluções pois a carteira está envelhecendo e isso aumenta os valores e a utilização. Conselheiro Adegmar pediu a palavra e questionou se quando foi permitido incluir os agregados se foi feito um estudo sobre o impacto da inclusão. O Diretor Superintendente respondeu que desconhece se houve, pois isso acontece há mais de 20 anos. O Conselheiro Adegmar registrou que os agregados hoje estão pesando no plano de saúde. Que tem que se pensar em algo para resolver o problema. Que os cargos comissionados também têm plano de saúde e estão usufruindo do benefício. O Conselheiro Osvalter questionou o Sr. Benedito se houver a imposição de um limite de idade dos agregados, qual seria a idade de corte. O Sr. Benedito disse que esse corte tem que ser gradual para não prejudicar quem já está no plano. Fernando Sá interveio e disse que qualquer mudança tem que ser feita com muito estudo e cautela e não se deve analisar somente um ponto. O Conselheiro Orivaldo questionou se é possível reduzir os valores que os usuários pagam hoje. Benedito disse que de acordo com o estudo o valor já está abaixo do mercado, mas que a redução de valores depende de vários fatores. Que o estudo mostrou que tudo o que foi feito no passado não está errado. Fernando Sá comentou que as ações judiciais prejudicaram os próprios servidores, pois as ações acabaram com caixa que foi formado durante anos. Esse caixa poderia ter sido usado para minimizar os efeitos para os servidores, mas o dinheiro acabou. O Conselheiro Isaque registrou que a prevenção é essencial para o equilíbrio do plano. O Sr. Benedito agradeceu a oportunidade, disse que está à disposição e salientou que ao discutir mudanças não se pode debuchar sobre um único fator, mas sobre todos os fatos que envolvem a assistência médica para buscar o ponto de equilíbrio. O Diretor Superintendente, antes de finalizar a reunião, agradeceu a presença de todos e destacou que o estudo mostrou que o plano de saúde é um benefício dos servidores, dependentes e agregados cujo custos estão bem abaixo do mercado. O estudo será encaminhado ao Comitê Gestor do Fundo de Assistência Médica para análise de seus membros.



Instituto de Previdência dos Municipiários de Catanduva

Lei Complementar n.º 127 de 24.09.1999

Nada mais havendo a ser tratado, o Diretor Superintendente, em nome dos Presidentes dos Conselhos, agradeceu a presença de todos e declarou encerrada a reunião, lavrando-se a presente Ata que foi aprovada pela unanimidade dos Conselheiros presentes, conforme assinaturas apostas abaixo.

Pelo COMPREV:

Isaque Pereira da Silva
Presidente do COMPREV

Emerson Aparício
Secretário do COMPREV

Joviano Ledier de Moraes: _____

Orivaldo Benedito de Lima: _____

Osvalter Paulino Junior: _____

Renato Aparecido Biagi: _____

Vanderlei Furoni: _____

Pelo Conselho Fiscal:

Maria Rita Aguilar Araújo
Presidente do Conselho Fiscal

Guilherme Dias Gozzi
Secretário do Conselho Fiscal

Adegmar Aparecido Barbosa _____

Alessandro Furquim de Andrade _____

Ericsson Bobadilha dos Santos _____

Júlio Vitor Barbieri _____

Maria Helena Fioratti _____

