



**2025**

**RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO**  
**ATUARIAL**  
MUNICÍPIO DE PELOTAS



# RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO ATUARIAL

**PELOTAS - RS**  
PREVPEL - SAÚDE

Período da Avaliação Atuarial: 01/2023 a 12/2025

Atuários Responsáveis: Suélen Barroso Rodrigues (MIBA 3.721)  
Leonardo Baltazar (MIBA 3.302)

Versão Final

17/04/2026

## SUMÁRIO EXECUTIVO

O **PREVPEL-SAÚDE** é um Fundo de Assistência à Saúde Suplementar dos servidores públicos municipais de Pelotas-RS, estruturado no modelo de autogestão em saúde operado por intermédio de seu Instituto de Previdência, exclusivamente constituído para atender aos servidores, seus beneficiários e dependentes. A **SBR Atuarial** é a empresa contratada para realizar os trabalhos de Avaliação Atuarial de acordo com o Termo de Referência, no qual consta esta avaliação atuarial. Este relatório refere-se à avaliação atuarial de 2025 e apresenta as seguintes análises:

**Diagnóstico Atuarial Atual:** a) Regras do Fundo de Saúde; b) Beneficiários; c) Frequências e Custos Médios; d) Receitas de Contribuição; e) Análise Econômico-Financeira. **Projeções Atuarial-Financeiras:** a) Metodologia e Premissas; b) Projeção de Beneficiários; c) Projeção de Receitas e Despesas; d) Análise de Sensibilidade; e) Reserva Técnica; f) Cenário de Inclusão de Cobertura de Terapias; g) Simulação de diferentes percentuais de contribuição; e h) Simulação de cenários de coparticipação. Por fim, apresenta-se o **Parecer Técnico Atuarial**.

Os cálculos foram efetuados de acordo com as regras vigentes dos Regulamentos do PREVPEL - SAÚDE, baseado nas informações disponibilizadas pelo Ente e de acordo com as normas técnicas e atuariais pertinentes, possibilitando deste modo a visualização da situação financeira e atuarial do fundo de saúde em questão. Consideramos todos os usuários que tenham contribuído ou utilizado o fundo de saúde durante o período de 2025. A base de beneficiários que foi fornecida possui **18.166 beneficiários** ativos na competência de dezembro/2025. A avaliação atuarial e financeira do fundo de saúde demonstra que a **sinistralidade é de 79,04%** no período de janeiro a dezembro/2025.

**Importante:** Não faz parte do escopo dos nossos trabalhos a auditoria dos dados encaminhados. Nosso trabalho consistiu em verificar se as informações enviadas estão adequadas, antecipadamente ao cálculo atuarial da carteira.

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>2 DIAGNÓSTICO ATUARIAL .....</b>	<b>6</b>
2.1 REGULAMENTO DO FUNDO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	6
2.2 BENEFICIÁRIOS.....	7
2.3 FREQUÊNCIAS E CUSTOS MÉDIOS.....	11
2.4 RECEITAS DE CONTRIBUIÇÕES.....	15
2.5 ANÁLISE ECONÔMICO-FINANCEIRA .....	15
<b>3 PROJEÇÕES ATUARIAL-FINANCEIRAS .....</b>	<b>17</b>
3.1 METODOLOGIA E PREMISSAS .....	17
3.2 PROJEÇÃO DE BENEFICIÁRIOS .....	18
3.3 PROJEÇÃO DE RECEITAS E DESPESAS .....	19
3.4 ANÁLISE DE SENSIBILIDADE.....	22
3.5 RESERVA TÉCNICA .....	23
3.6 CENÁRIO DE INCLUSÃO DE COBERTURA DE TERAPIAS (PSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL).....	23
3.7 SIMULAÇÃO DE DIFERENTES PERCENTUAIS DE CONTRIBUIÇÃO.....	24
3.8 SIMULAÇÃO DE CENÁRIOS DE COPARTICIPAÇÃO.....	25
3.9 SIMULAÇÃO NO LIMITE DE CONSULTAS ELETIVAS E DE URGÊNCIA .....	26
3.10 SIMULAÇÃO NO LIMITE DE CONSULTAS PARA GESTANTES.....	26
<b>4 PARECER TÉCNICO ATUARIAL.....</b>	<b>27</b>

# 1

## INTRODUÇÃO

O objetivo básico deste relatório é o de fornecer os resultados da Avaliação Atuarial e Financeira do **PREVPEL - SAÚDE**. A Avaliação Atuarial consiste na análise do Fundo de Assistência à Saúde, de modo a sugerir valores que contemplam várias premissas atuariais e financeiras capazes de fornecer credibilidade aos resultados propostos, além de um diagnóstico geral do fundo de saúde em questão proporcionando diretrizes para tomadas de decisões gerenciais.

Os cálculos levaram em consideração o histórico de despesas e receitas, comportamento da massa de usuários, entre outros dados financeiros de grande relevância para os resultados apontados e as regras contidas no Regulamento. A presente avaliação está posicionada com data base de dezembro de 2025. A exigência de realização de estudo atuarial com o objetivo de monitorar o equilíbrio econômico-financeiro presente e futuro do respectivo fundo de saúde, visa assegurar a necessária solvência para o cumprimento das obrigações de assistência à saúde que lhes são pertinentes.

O presente relatório apresenta os trabalhos e resultados em consonância com o estabelecido em contrato, onde cada avaliação atuarial deverá conter, no mínimo:

- Diagnóstico atuarial atual;
- Projeções atuarial-financeiras;
- Análise de sensibilidade;
- Estudo de solvência e reservas técnicas;
- Estudo de equilíbrio intergeracional;
- Avaliação de modelos alternativos de financiamento; e
- Parecer técnico atuarial.

Para elaboração desta Avaliação Atuarial, foram analisados os seguintes documentos:

- a) Base de dados com a utilização do fundo de saúde, no período de 01/01/2023 a 03/12/2025, contendo as informações: data do evento, data

da contabilização, código do procedimento, procedimento, tipo de procedimento, identificação da utilização, valor do custo, coparticipação, código do usuário, idade e vínculo do usuário.

- b) Base de dados de beneficiários, na competência de dezembro/2025, contendo as informações: matrícula, identificação pessoa, CPF, nome, sexo, data de nascimento, data de admissão, estado civil, tipo de vínculo e situação.
- c) Relatório de receitas do fundo de assistência à saúde, referente aos exercícios de 2023, 2024 e 2025, contendo as informações: descrição da receita, previsão de receita, arrecadação mensal, arrecadação anual, executado e receita a realizar.
- d) Regulamento do fundo de assistência à saúde contendo as regras de contribuições e coberturas.
- e) Base cadastral de colaboradores celetistas, com o objetivo de realizar projeções adicionais.

# 2

## DIAGNÓSTICO ATUARIAL

### 2.1 REGULAMENTO DO FUNDO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O Instituto de Previdência dos Servidores Públicos Municipais de Pelotas, através da Instrução Normativa Conjunta 01/2024 de 01 de janeiro de 2024, estabelece as regras de cobertura do fundo de saúde vigentes na data focal do estudo, em 31/12/2025. O Quadro 1 apresenta um resumo contendo os eventos assistenciais cobertos, o valor de cobertura, seus limites de utilização e observações relevantes.

Quadro 1 – Coberturas do Fundo de Saúde

Evento	Cobertura	Limite	Coparticipação	Observações
Internação Hospitalar	R\$ 6.000,00	Por matrícula ao ano		Não considera OPEMs
OPEMs	R\$ 50.000,00	Valor de cobertura trimestral	20%	
Consultas Médicas Eletivas	R\$ 90,00	Duas consultas ao mês por matrícula		Haverá direito, para cada matrícula, 5 consultas médicas a mais por ano, bem como retorno dentro do prazo de 15 dias sem cômputo de nova consultas. Mediante atestado médico, as gestantes que estiverem no último mês de gestação poderão usufruir de consultas médicas com seu obstetra, além do limite estabelecido
Consultas Médicas de Urgência	R\$ 90,00	Sem limitações		
Consultas Nutricionais	R\$ 75,00	Uma consulta ao mês por matrícula		Haverá direito de retorno dentro do prazo de 15 dias sem cômputo de nova consultas
Sessão de Fisioterapia	R\$ 25,00	Para cada matrícula poderão ser autorizadas até 60 (sessenta) sessões de fisioterapia, no máximo três vezes na semana, de no máximo 20 (vinte) sessões em cada autorização, por ano, incluindo-se neste limite as sessões domiciliares. Para os usuários em regime de internação hospitalar, fica estabelecido o limite de 02 (duas) sessões de fisioterapia diárias.	50%	

Procedimentos Odontológicos	R\$ 50,00	Dois procedimentos ao mês por matrícula		Respeitando o limite por matrícula de dois procedimentos odontológicos por mês, cada usuário terá direito a 1 limpeza a cada 6 meses.
Exames Laboratoriais	Sem valor específico	120 unidades por matrícula por ano	50%	
Exames de Imagem	Sem valor específico	Sem limitações	50%	
Cirurgia de Extração do Terceiro Molar	R\$ 300,00		50%	
Lentes Intraoculares para Facetomia	R\$ 5.000,00	Valor de cobertura trimestral		
Consulta de Puericultura	R\$ 90,00	Uma consulta mensal de puericultura no primeiro ano de vida		

Fonte: Instrução Normativa Conjunta 01/2024 de 01 de janeiro de 2024.

Através da Lei nº 1984, de 7 de julho de 1972, é estabelecida a criação do FAM – Fundo de Assistência Médica dos Servidores Públicos Municipais de Pelotas, e define as regras de contribuição e elegibilidade ao fundo de saúde. O Quadro 2 apresenta de forma resumida os principais aspectos quanto aos pontos supracitados.

Quadro 2 – Regras de Contribuição e Elegibilidade do FAM

Beneficiários	Dependentes	Contribuições	Observações
Contribuintes, dependentes e pensionistas.	Cônjuge e os filhos de qualquer condição, solteiros, com idade até vinte e quatro anos ou inválidos, e o menor sob guarda	Contribuição Médica Assistencial obrigatória de 4% (quatro por cento) sobre o salário de contribuição do associado do fundo, sendo 2% de responsabilidade deste e 2% à conta do Município:	Não possuindo dependentes na forma dos parágrafos anteriores, o contribuinte poderá inscrever como dependentes os pais com idade superior a sessenta anos cuja renda mensal não atinja a um salário-mínimo.

Fonte: Lei nº 1984, de 7 de julho de 1972

Diante dos normativos apresentados, evidencia-se como ponto forte as limitações impostas pelo FAM em relação a utilização por evento, permitindo um maior controle dos custos assistenciais e proporcionando previsibilidade orçamentária.

## 2.2 BENEFICIÁRIOS

Para as análises a seguir foram considerados os beneficiários vinculados ao fundo de saúde no período, ou seja, na competência de dezembro/2025, segmentados entre os grupos de Ativos, Aposentados e Pensionistas. A Tabela 1 apresenta a distribuição de beneficiários do grupo de Ativos por faixa etária e sexo.

Tabela 1 – Distribuição por faixa etária e sexo – Grupo de Ativos

Faixa Etária (em anos)		Sexo		Total	(%)
Inicial	Final	M	F		
0	18	1.757	1.913	3.670	24%
19	23	506	586	1.092	7%
24	28	40	105	145	1%
29	33	172	353	525	3%
34	38	355	696	1.051	7%
39	43	490	1.071	1.561	10%
44	48	671	1.265	1.936	13%
49	53	635	974	1.609	11%
54	58	601	770	1.371	9%
59	+	1.079	1.009	2.088	14%
<b>Total</b>		<b>6.306</b>	<b>8.742</b>	<b>15.048</b>	<b>100%</b>

Fonte: Base de dados FAM

Na tabela acima é possível observar a distribuição de usuários entre as 10 faixas etárias, somando-se os beneficiários ativos (titulares e dependentes). Além disso, o percentual de idosos (beneficiários com idade a partir de 60 anos) encontra-se abaixo da média de mercado, pois, de acordo com a Pesquisa Nacional Unidas 2024, o percentual de beneficiários vinculados a autogestões com 60 anos ou mais era de 26,96%, enquanto na carteira de ativos atual este percentual é de 14%. A idade média dos beneficiários em dezembro de 2025 era de 37,7 anos. O grupo de Ativos representa 83% do total de beneficiários do fundo de saúde.

Tabela 2 – Distribuição por faixa etária e sexo – Grupo de Aposentados

Faixa Etária (em anos)		Sexo		Total	(%)
Inicial	Final	M	F		
0	18	9	20	29	1%
19	23	23	13	36	1%
24	28	3	1	4	0%
29	33	2	0	2	0%
34	38	1	1	2	0%
39	43	4	4	8	0%
44	48	9	18	27	1%
49	53	23	67	90	3%
54	58	66	247	313	12%
59	+	517	1.688	2.205	81%
<b>Total</b>		<b>657</b>	<b>2.059</b>	<b>2.716</b>	<b>100%</b>

Fonte: Base de dados FAM

Na Tabela 2 tem-se a distribuição de usuários entre as 10 faixas etárias, somando-se os beneficiários aposentados (titulares e dependentes). O percentual de idosos (beneficiários com idade a partir de 60 anos) encontra-se acima da média de mercado, pois, de acordo com a Pesquisa Nacional Unidas 2024, o

percentual de beneficiários vinculados a autogestões com 60 anos ou mais era de 26,96%, enquanto na carteira de aposentados atual este percentual é de 81%. A idade média dos beneficiários em dezembro de 2025 era de 65,8 anos. O grupo de Aposentados representa 15% do total de beneficiários do fundo de saúde.

Tabela 3 – Distribuição por faixa etária e sexo – Grupo de Pensionistas

Faixa Etária (em anos)		Sexo		Total	(%)
Inicial	Final	M	F		
0	18	5	7	12	3%
19	23	3	5	8	2%
24	28	0	0	0	0%
29	33	1	0	1	0%
34	38	3	5	8	2%
39	43	4	4	8	2%
44	48	3	11	14	3%
49	53	8	21	29	7%
54	58	10	17	27	7%
59	+	93	202	295	73%
<b>Total</b>		<b>130</b>	<b>272</b>	<b>402</b>	<b>100%</b>

Fonte: Base de dados FAM

No grupo de pensionistas, o percentual de idosos (beneficiários com idade a partir de 60 anos) encontra-se acima da média de mercado, chegando a 73%, tendo como referencial a proporção aproximada de 27% (Unidas, 2024). A idade média dos beneficiários em dezembro de 2025 era de 67,7 anos. O grupo de Pensionistas representa 2% do total de beneficiários do fundo de saúde.

Tabela 4 – Distribuição por faixa etária e sexo – Total

Faixa Etária (em anos)		Sexo		Total	(%)
Inicial	Final	M	F		
0	18	1.771	1.940	3.711	20%
19	23	532	604	1.136	6%
24	28	43	106	149	1%
29	33	175	353	528	3%
34	38	359	702	1.061	6%
39	43	498	1.079	1.577	9%
44	48	683	1.294	1.977	11%
49	53	666	1.062	1.728	10%
54	58	677	1.034	1.711	9%
59	+	1.689	2.899	4.588	25%
<b>Total</b>		<b>7.093</b>	<b>11.073</b>	<b>18.166</b>	<b>100%</b>

Fonte: Base de dados FAM

De modo geral, a carteira apresenta uma proporção de idosos (beneficiários com idade a partir de 60 anos) próxima da média de mercado, chegando a 25%,

tendo como referencial a proporção aproximada de 27% (Unidas, 2024). A carteira também apresenta elevada concentração de beneficiários na primeira faixa etária, representando 20% do total de vidas. A idade média dos beneficiários em dezembro de 2025 era de 42,5 anos. Os beneficiários do sexo masculino representam 39% da carteira, enquanto as beneficiárias do sexo feminino somam 61% do total.

Tabela 5 – Distribuição por faixa etária e vínculo – Total

Faixa Etária (em anos)		Vínculo				Total	(%)
Inicial	Final	Titular	Cônjuge	Filhos	Agregados		
0	18	10	4	3.695	2	3.711	20,4%
19	23	9	1	1.126	0	1136	6,3%
24	28	106	25	18	0	149	0,8%
29	33	391	116	21	0	528	2,9%
34	38	798	250	13	0	1061	5,8%
39	43	1.148	417	11	1	1577	8,7%
44	48	1.414	558	5	0	1977	10,9%
49	53	1.200	525	3	0	1728	9,5%
54	58	1.163	543	4	1	1711	9,4%
59	+	3.305	1.271	0	12	4588	25,3%
<b>Total</b>		<b>9.544</b>	<b>3.710</b>	<b>4.896</b>	<b>16</b>	<b>18.166</b>	<b>100,0%</b>
		<b>52,5%</b>	<b>20,4%</b>	<b>27,0%</b>	<b>0,1%</b>		

Fonte: Base de dados FAM

Analisando a carteira integralmente, tem-se que os beneficiários titulares do fundo de saúde representando 52,5% do total de vidas, seguido pelos filhos, com 27% e majoritariamente com idades entre 0 e 23 anos, e pelos cônjuges, com 20,4%. Beneficiários agregados representam somente 0,1% do total. Foram identificados 10 beneficiários titulares na faixa de 0 a 18 anos e 4 cônjuges, destes a maior parte refere-se a pensionistas. Recomenda-se a revisão destas informações para garantir a sua consistência. Vale destacar que para esta análise foram adotadas as seguintes definições:

- Cônjuges: beneficiários classificados como Companheiro(a) e Esposo(a).
- Filhos: beneficiários classificados como Filho(a), Filho(a) PcD, Filho(a) sob Guarda e Enteadado.
- Agregados: beneficiários classificados como Decisão Judicial, Irmão(ã), Neto(a) sob Guarda, Pai/Mãe e Outro.

Em relação a distribuição de vidas por faixa etária, a carteira apresenta 20,4% dos beneficiários na primeira faixa etária (0 a 18 anos), 15,8% entre 19 e 38 anos, 38,5% entre 39 e 58 anos e 25,3% com 59 anos ou mais, levando a uma idade média da carteira de 42,5 anos. Esta distribuição demonstra que a carteira se encontra equilibrada em termos etários, seguindo proporções semelhantes ao mercado de saúde suplementar. De acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o mercado possui 22,9% de beneficiários com até 18 anos, 31,1% entre 19 e 38, 29,8% de 39 a 58 e 16,2% com 59 anos ou mais. Apesar do atual equilíbrio

etário, cabe ressaltar que quase 30% dos beneficiários possuem entre 50 e 58 anos, o que impacta significativamente o envelhecimento da carteira nos próximos 10 anos. A Tabela 6 apresenta o comparativo entre a distribuição etária do FAM, mercado de saúde suplementar e com operadoras de autogestão.

Tabela 6 – Comparativo entre a distribuição por faixa

Faixa Etária (em anos)		FAM	Mercado	Autogestão
Inicial	Final			
0	18	20,4%	22,9%	19,9%
19	38	15,8%	31,1%	21,6%
39	58	38,5%	29,8%	29,4%
59	+	25,3%	16,2%	29,1%
<b>Total</b>		<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Base de dados FAM e Tabnet ANS

Em relação a proporção de beneficiários com até 18 anos de idade, observa-se que o FAM apresenta uma distribuição próxima quando comparado ao mercado de saúde suplementar, bem como às operadoras de autogestão. Já a faixa de beneficiários com 19 a 38 anos apresenta grande diferença em termos de distribuição, sendo que no mercado mais de 31% dos beneficiários enquadram-se nesta faixa, enquanto nas operadoras de autogestão esta proporção reduz para 21,6%, e no FAM apenas 15,8%. A faixa de 39 a 58 já apresenta uma proporção superior ao mercado e às autogestões, seguindo a mesma situação para os beneficiários com 59 anos ou mais.

Os dados comparativos com o mercado evidenciam que o FAM possui uma carteira equilibrada, tendo em vista que a maior proporção de beneficiários encontram-se nas faixas centrais. Porém, apesar disso, o volume de beneficiários com 50 a 58 anos (30%) é expressivo, evidenciando uma transição em curto prazo para a última faixa etária, tornando a carteira mais envelhecida e com maior potencial de utilização de assistência médico-hospitalar.

## 2.3 FREQUÊNCIAS E CUSTOS MÉDIOS

A decomposição clássica do custo assistencial pode ser representada por:

$$\text{Custo Assistencial} = \text{Frequência (FR)} \times \text{Custo Médio (CM)}$$

Onde,

FR = frequência de utilização de um evento por beneficiário ao ano; e

CM = custo médio por evento.

Analisou-se quantitativamente o perfil de utilização assistencial e de custos dos beneficiários do FAM, com base nos dados de frequência (FR) e custo médio

(CM), detalhando diferenças por faixa etária e por tipo de evento. A classificação por evento levou em consideração a base de dados do FAM, seguindo a seguinte segmentação: consultas de urgência (CDU), consultas médicas (CM), exames de análises clínicas (EAC), exames de diagnóstico por imagens e outros (EDI), fisioterapias (FT), internações (IT), consulta com nutricionista (CN), odontologia (OD) e procedimentos ambulatoriais (PA). A Tabela 7 evidencia a frequência de utilização por evento e faixa etária, bem como comparando com dados de mercado e com operadoras de autogestão.

Tabela 7 – Frequências de utilização por evento e faixa etária

Faixa Etária (em anos)		Frequência								
Inicial	Final	CDU	CM	EAC	EDI	FT	IT	CN	OD	PA
0	18	0,41	1,76	<b>3,61</b>	<b>0,53</b>	0,25	<b>0,01</b>	<b>0,09</b>	<b>0,50</b>	<b>0,00</b>
19	23	0,48	<b>1,44</b>	5,06	0,95	<b>0,16</b>	<b>0,01</b>	0,26	0,70	0,01
24	28	<b>0,83</b>	<b>3,34</b>	10,40	2,03	0,68	0,04	<b>0,76</b>	<b>1,24</b>	0,01
29	33	0,66	2,86	10,10	1,72	0,39	0,04	0,71	1,12	0,03
34	38	0,56	2,86	10,85	2,01	0,61	0,05	0,53	0,92	0,02
39	43	0,54	2,64	9,93	2,11	0,73	0,03	0,37	0,93	0,02
44	48	0,45	2,49	8,98	2,26	1,14	0,03	0,31	0,92	0,03
49	53	0,47	2,61	10,32	2,35	1,56	0,04	0,23	1,08	0,04
54	58	0,45	2,52	10,59	<b>2,56</b>	1,45	0,04	0,21	1,00	0,02
59	+	<b>0,38</b>	2,15	<b>10,89</b>	2,33	<b>1,69</b>	<b>0,06</b>	0,14	0,56	<b>0,04</b>
<b>Total</b>		<b>0,52</b>	<b>2,47</b>	<b>9,07</b>	<b>1,88</b>	<b>0,87</b>	<b>0,03</b>	<b>0,36</b>	<b>0,90</b>	<b>0,02</b>
<b>Comparativo Mercado</b>		<b>5,50</b>		<b>22,90</b>		<b>1,08</b>	<b>0,18</b>	<b>0,07</b>	<b>5,20</b>	<b>0,97</b>
<b>Comparativo Autogestão</b>		<b>5,30</b>		<b>30,70</b>		<b>2,09</b>	<b>0,22</b>	<b>0,10</b>	<b>3,90</b>	<b>1,03</b>

Fonte: Base de dados FAM e Painel de Mapa Assistencial ANS

Quando se analisa a frequência de utilização em consultas de urgência (CDU), tem-se que os beneficiários com idade entre 24 e 28 anos apresentam a maior frequência anual, em contrapartida, os beneficiários com 59 anos ou mais apresentam a menor frequência. Nas consultas médicas eletivas, os beneficiários da faixa de 24 a 28 anos também apresentam a maior frequência de utilização, sendo 3,34 consultas ao ano por beneficiário, e a faixa de 19 a 23 anos a menor frequência (1,44 consultas ao ano por beneficiário). De modo geral, a carteira do FAM apresenta uma frequência em consultas de 2,99 ao ano por beneficiário (0,52 em consultas de urgência e 2,47 em consultas médicas eletivas). A frequência em consultas dos beneficiários do FAM encontra-se consideravelmente abaixo da média de mercado e das operadoras de autogestão, sendo 5,50 e 5,30 respectivamente.

Em relação a frequência de utilização de exames de análises clínicas (EAC), tem-se que os beneficiários com 59 anos ou mais apresentam a maior frequência anual (10,89 exames por ano), em contrapartida, os beneficiários com até 18 anos de idade apresentam a menor frequência (3,61 exames ao ano). Nos exames de diagnóstico por imagem e outros (EDI), os beneficiários da faixa de 54 a 58 anos também apresentam a maior frequência de utilização, sendo 2,56 exames ao ano

por beneficiário, e a faixa de 0 a 18 anos a menor frequência (0,53 exames ao ano por beneficiário). De modo geral, a carteira do FAM apresenta uma frequência em exames de 10,96 ao ano por beneficiário (9,07 em exames de análises clínicas e 1,88 em exames de diagnóstico de imagem e outros). A frequência em exames dos beneficiários do FAM encontra-se consideravelmente abaixo da média de mercado e das operadoras de autogestão, sendo 22,9 e 30,7 respectivamente.

Nas fisioterapias (FT), tem-se que os beneficiários com 59 anos ou mais apresentam a maior frequência anual (1,69 sessões por ano), em contrapartida, os beneficiários com 19 a 23 anos de idade apresentam a menor frequência (0,16 sessões ao ano). De modo geral, a carteira do FAM apresenta uma frequência em sessões de fisioterapia de 0,87 ao ano por beneficiário, abaixo da média de mercado e das operadoras de autogestão, sendo 1,08 e 2,09 respectivamente.

Analisando as internações (IT), tem-se que os beneficiários com 59 anos ou mais apresentam a maior frequência anual (0,06 internações por ano, ou seja, 6 a cada 100 beneficiários com 59 anos ou mais passam por uma internação no ano), em contrapartida, os beneficiários com 19 a 23 anos de idade apresentam a menor frequência (0,01 internações ao ano). De modo geral, a carteira do FAM apresenta uma frequência em internações de 0,03 ao ano por beneficiário, abaixo da média de mercado e das operadoras de autogestão, sendo 0,18 e 0,22 respectivamente.

Nas consultas com nutricionista (CN), tem-se que os beneficiários com 24 a 28 anos apresentam a maior frequência anual (0,76 consultas por ano), em contrapartida, os beneficiários com até 18 anos de idade apresentam a menor frequência (0,09 consultas ao ano). De modo geral, a carteira do FAM apresenta uma frequência em consultas de nutricionista de 0,36 ao ano por beneficiário, acima da média de mercado e das operadoras de autogestão, sendo 0,07 e 0,10 respectivamente. Este resultado evidencia a possibilidade de revisão das limitações de consultas com nutricionista ao ano por beneficiários, sendo, o previsto atualmente no regulamento do FAM, 1 consulta por mês. Recomenda-se que a limitação de frequência em consultas com nutricionista passe para bimensal ou trimestral.

Com relação aos procedimentos odontológicos, tem-se que os beneficiários com 24 a 28 anos apresentam a maior frequência anual (1,24 procedimentos por ano), em contrapartida, os beneficiários com até 18 anos de idade apresentam a menor frequência (0,50 procedimentos ao ano). De modo geral, a carteira do FAM apresenta uma frequência em procedimentos odontológicos de 0,90 ao ano por beneficiário, consideravelmente abaixo da média de mercado e das operadoras de autogestão, sendo 5,20 e 3,90 respectivamente.

Por fim, nos procedimentos ambulatoriais, tem-se que os beneficiários com 59 anos ou mais apresentam a maior frequência anual (0,04 procedimentos por ano), em contrapartida, os beneficiários com até 18 anos de idade apresentam a menor frequência (0,002 procedimentos ao ano). De modo geral, a carteira do FAM apresenta uma frequência em procedimentos ambulatoriais de 0,02 ao ano por beneficiário (ou seja, 2 a cada 100 beneficiários), consideravelmente abaixo da média de mercado e das operadoras de autogestão, sendo 0,97 e 1,03 respectivamente.

Tabela 8 – Custo Médio Bruto por Evento e Faixa Etária

Faixa Etária (em anos)		Custo Médio Bruto (em R\$)								
Inicial	Final	CDU	CM	EAC	EDI	FT	IT	CN	OD	PA
0	18	87,91	90,00	13,72	92,00	25,00	6.444,95	75,00	66,61	214,41
19	23	92,13	90,00	13,68	104,89	25,00	6.375,81	75,00	77,50	131,10
24	28	93,99	90,00	14,64	131,09	25,00	4.839,21	75,00	71,41	286,24
29	33	95,12	90,00	14,97	125,76	25,00	9.201,86	75,00	67,39	246,91
34	38	94,10	90,00	14,89	123,61	25,00	5.765,48	75,00	65,31	189,35
39	43	94,06	90,00	14,26	130,74	25,00	6.976,31	75,00	63,45	167,66
44	48	94,31	90,00	13,75	149,20	25,00	9.638,79	75,00	63,28	182,01
49	53	98,74	90,00	13,47	154,69	25,00	7.053,07	75,00	65,04	198,53
54	58	98,54	90,00	13,18	160,95	25,00	7.744,93	75,00	65,74	147,13
59	+	98,55	90,00	12,68	168,47	25,00	8.113,17	75,00	72,18	182,00
<b>Total</b>		<b>94,71</b>	<b>90,00</b>	<b>13,49</b>	<b>148,51</b>	<b>25,00</b>	<b>7.750,42</b>	<b>75,00</b>	<b>67,18</b>	<b>181,92</b>

Fonte: Base de dados FAM

O custo médio bruto refere-se ao custo integral por evento, sem deduções de coparticipações, glosas ou outras recuperações. Já o custo médio líquido refere-se ao custo que de fato foi pago pela operadora, descontando as coparticipações, glosas e outras recuperações. De modo geral, observa-se um custo médio controlado por tipo de evento e sem grande dispersão entre as faixas etárias. A Tabela 9 apresenta o custo médio bruto e líquido mensal por beneficiário, considerando a frequência de utilização e o custo médio por evento.

Tabela 9 – Custo Médio Bruto e Líquido per capita

Faixa Etária (em anos)		Custo Médio Mensal (em R\$)	
Inicial	Final	Bruto	Líquido
0	18	30,96	26,17
19	23	42,19	35,08
24	28	96,47	82,40
29	33	97,08	85,83
34	38	92,09	80,24
39	43	85,58	74,37
44	48	95,74	82,47
49	53	98,29	82,95
54	58	103,97	88,84
59	+	110,74	94,64
<b>Total</b>		<b>82,91</b>	<b>70,99</b>

Fonte: Base de dados FAM

É possível observar que o custo médio mensal por beneficiário na carteira do FAM é de R\$ 70,99, valor este que deve ser inferior à média de contribuição para que haja equilíbrio econômico-financeiro no fundo de saúde. Analisando por faixa etária, os beneficiários com até 18 anos de idade apresentam o menor custo mensal médio

líquido, sendo R\$ 26,17, e os beneficiários com 59 anos ou mais o maior custo mensal médio líquido, de R\$ 94,64.

## 2.4 RECEITAS DE CONTRIBUIÇÕES

Como expresso no regulamento do FAM, a Contribuição Médica Assistencial obrigatória é de 4% (quatro por cento) sobre o salário de contribuição do associado do fundo, sendo 2% de responsabilidade deste (receita de contribuição) e 2% à conta do Município (receita patronal).

No ano de 2025, a receita de contribuições totalizou R\$ 9.797.269,48, sendo o mesmo valor para a receita patronal. Desta forma, a receita para assistência à saúde do FAM somou R\$ 19.594.538,96 no ano de 2025. A Tabela 10 evidencia a receita média por titular e pelo total de beneficiários do fundo de saúde.

Tabela 10 – Receita Média por Titular e por Beneficiário

	Receita Média Mensal (em R\$)			
	Nº de Vidas	Contribuição	Patronal	Fundo
Titular	9.544	85,54	85,54	171,09
Total de Beneficiários	18.166	44,94	44,94	89,89

Fonte: Base de dados FAM

Nota-se que a receita de contribuição e patronal mensal média por titular é de R\$ 85,54. Considerando o total de receita do fundo de saúde, a média mensal por titular atinge R\$ 171,09. Quando se analisa a receita de contribuição pela totalidade de beneficiários, tem-se uma média mensal de R\$ 44,94, ou seja, apenas a receita de contribuições dos servidores não cobre o custo médio mensal gerado por estes (R\$ 70,99, como evidenciado anteriormente), demonstrando a dependência da receita patronal para equilíbrio do fundo de saúde. Assim, analisando a receita total do fundo de saúde por beneficiário, tem-se o valor de receita média mensal de R\$ 89,89, superando o custo médio mensal gerado pelos beneficiários.

## 2.5 ANÁLISE ECONÔMICO-FINANCEIRA

A Tabela 11 apresenta a demonstração de resultados do FAM no exercício de 2025. Vale ressaltar que consideram-se receitas do fundo de saúde (ou receitas operacionais) apenas as contribuições realizadas pelos servidores e pelo município, assim como o custo assistencial engloba as despesas com credenciados PF, PJ e OPMEs. Assim, para apurar os principais indicadores de resultado do fundo de saúde foram consideradas as seguintes formulações:

$$\text{Sinistralidade} = \frac{\text{Custo Assistencial}}{\text{Receitas do Plano}}$$

$$\% \frac{DA}{RP} = \frac{\text{Despesas Administrativas}}{\text{Receitas do Plano}}$$

$$\text{Margem Operacional} = \frac{\text{Resultado Operacional}}{\text{Receitas do Plano}}$$

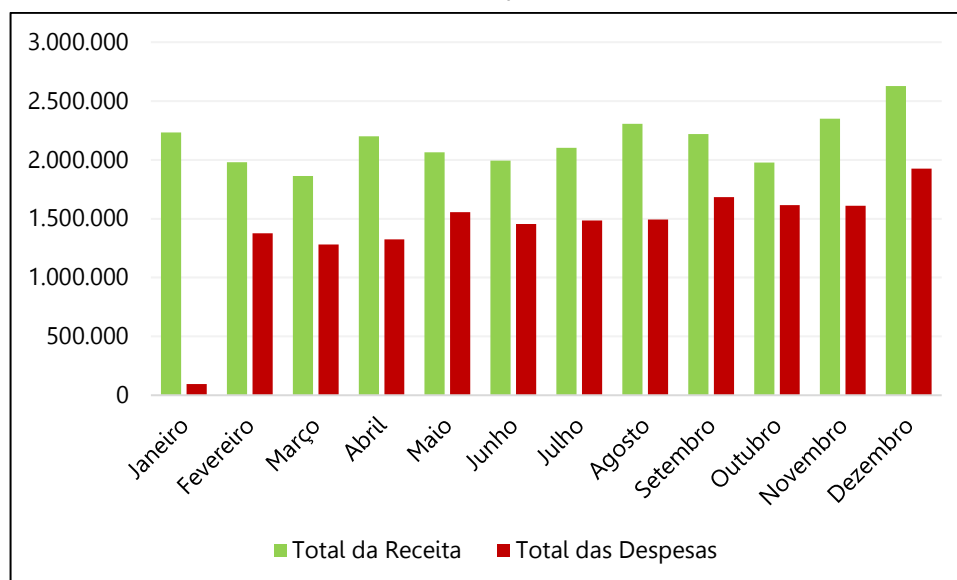
$$\text{Margem Líquida} = \frac{\text{Resultado Líquida}}{\text{Receitas do Plano} + \text{Receitas de Consignação} + \text{Receitas Financeiras}}$$

Tabela 11 – Demonstrativo de Resultados do FAM no Exercício de 2025

	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Totais
<b>(+) Receita de Contribuição</b>	771.314	750.406	771.972	811.434	799.423	804.117	834.788	838.998	854.504	848.459	851.192	860.664	<b>9.797.269</b>
<b>(*) Receita Patronal</b>	771.314	750.406	771.972	811.434	799.423	804.117	834.788	838.998	854.504	848.459	851.192	860.664	<b>9.797.269</b>
<b>(=) Receitas do Plano</b>	1.542.627	1.500.813	1.543.945	1.622.868	1.598.846	1.608.233	1.669.576	1.677.995	1.709.008	1.696.917	1.702.384	1.721.327	<b>19.594.539</b>
<b>(-) Despesas Credenciados PF</b>	0	534.247	259.790	285.335	326.902	274.572	282.504	298.346	292.364	340.934	344.516	299.002	<b>3.538.512</b>
<b>(-) Despesas Credenciados PJ</b>	11.291	763.187	933.186	901.140	1.059.560	1.082.903	1.127.849	1.095.063	1.263.156	1.091.626	1.159.986	1.474.634	<b>11.963.581</b>
<b>(-) OPME</b>	1.200	0	9.000	43.600	31.398	0	15.900	0	13.294	45.390	10.470	0	<b>170.252</b>
<b>(=) Custo Assistencial</b>	12.491	1.297.434	1.201.976	1.230.075	1.417.860	1.357.475	1.426.253	1.393.410	1.568.814	1.477.950	1.514.972	1.773.635	<b>15.672.344</b>
<b>(=) Resultado do Plano</b>	<b>1.530.136</b>	<b>203.378</b>	<b>341.969</b>	<b>392.794</b>	<b>180.986</b>	<b>250.758</b>	<b>243.323</b>	<b>284.586</b>	<b>140.194</b>	<b>218.967</b>	<b>187.411</b>	<b>-52.308</b>	<b>3.922.195</b>
(%) Sinistralidade	0,81%	86,45%	77,85%	75,80%	88,68%	84,41%	85,43%	83,04%	91,80%	87,10%	88,99%	103,04%	79,98%
<b>(-) Despesas Administrativas</b>	82.222	79.350	79.553	95.529	137.195	96.705	58.866	101.091	113.870	137.809	94.579	151.259	<b>1.228.026</b>
(%) Despesa Adm./Receitas do Plano	5,33%	5,29%	5,15%	5,89%	8,58%	6,01%	3,53%	6,02%	6,66%	8,12%	5,56%	8,79%	6,27%
<b>(=) Resultado Operacional</b>	<b>1.447.914</b>	<b>124.028</b>	<b>262.417</b>	<b>297.265</b>	<b>43.791</b>	<b>154.054</b>	<b>184.457</b>	<b>183.494</b>	<b>26.325</b>	<b>81.159</b>	<b>92.832</b>	<b>-203.567</b>	<b>2.694.169</b>
(%) Margem Operacional	93,86%	8,26%	17,00%	18,32%	2,74%	9,58%	11,05%	10,94%	1,54%	4,78%	5,45%	-11,83%	13,75%
<b>(+) Receita de Consignações</b>	129.959	174.136	113.801	168.401	171.979	153.768	259.986	206.818	190.635	214.324	189.646	219.187	<b>2.192.640</b>
<b>(+) Receita Financeira</b>	472.296	215.259	158.796	413.419	245.158	175.073	341.900	360.463	334.457	386.760	321.884	386.501	<b>3.811.967</b>
<b>(=) Resultado Líquido</b>	<b>2.050.169</b>	<b>-50.108</b>	<b>535.014</b>	<b>879.085</b>	<b>460.928</b>	<b>482.895</b>	<b>786.343</b>	<b>750.775</b>	<b>551.417</b>	<b>682.243</b>	<b>604.363</b>	<b>402.121</b>	<b>8.698.776</b>
(%) Margem Líquida	95,58%	-2,65%	29,45%	39,87%	22,86%	24,93%	34,62%	33,44%	24,68%	29,69%	27,30%	17,28%	33,98%

Fonte: Bases de dados FAM

Gráfico 1 – Receitas e Despesas do FAM em 2025



Fonte: Bases de dados FAM

Conforme evidenciado na Tabela 11, o fundo de saúde apresentou resultado positivo (superávit) no ano de 2025, sendo de R\$ 3.922.185, representando uma sinistralidade de 79,98%, dentro dos patamares aceitáveis para o mercado e

operadoras de autogestão. Conforme dados do Painel Econômico-Financeiro da ANS, com fechamento até o 3º trimestre de 2025, as operadoras de planos de saúde apresentaram uma sinistralidade média em 12 meses de 82,5%, enquanto somente as autogestões atingem 95,0%.

As despesas administrativas representaram 6,27% da receita do fundo de saúde no ano de 2025, levando a um resultado operacional de R\$ 2.694.169, e uma margem operacional de 13,75%. Apenas no mês de dezembro o fundo de saúde apresentou resultado operacional negativo. Em relação ao resultado líquido, devido a adição de outras receitas não operacionais, o fundo de saúde totalizou R\$ 8.698.776, representando uma margem líquida de 33,98%. Sendo que apenas o mês de fevereiro apresentou resultado negativo, que ocorreu pelo fato de as despesas de janeiro terem sido registradas na competência de fevereiro. Conforme dados do Painel Econômico-Financeiro da ANS, com fechamento até o 3º trimestre de 2025, as operadoras de planos de saúde apresentaram uma margem líquida média em 12 meses de 3,5%, enquanto somente as autogestões atingem uma margem negativa de -4,6%.

Desta forma, é possível concluir que o fundo de saúde apresentou superávit no exercício de 2025, evidenciando que as alíquotas praticadas garantiram o equilíbrio econômico-financeiro, cobrindo as despesas geradas.

# 3

## PROJEÇÕES ATUARIAL-FINANCEIRAS

### 3.1 METODOLOGIA E PREMISSAS

Foram realizadas projeções de beneficiários, receitas e despesas para os próximos 10 anos, contemplando um cenário com os servidores do município e outro incluindo os colaboradores celetistas. Abaixo seguem as premissas consideradas para as projeções.

- Beneficiários: base atual de servidores e sua respectiva evolução por idade;
- Mortalidade: utilizou-se a tábua de mortalidade BR-EMSsb-v.2021 para ambos os sexos;
- Taxas de inclusão e cancelamento: não foi considerada a premissa de rotatividade do fundo de saúde, tendo em vista que não foi fornecido o histórico de movimentação dos beneficiários. Este cenário também permite identificar a evolução da carteira considerando o perfil atual de utilização;
- Colaboradores em regime CLT: base fornecida pelo FAM, cabendo salientar que apenas as bases de colaboradores da Eterpel e Coinpel

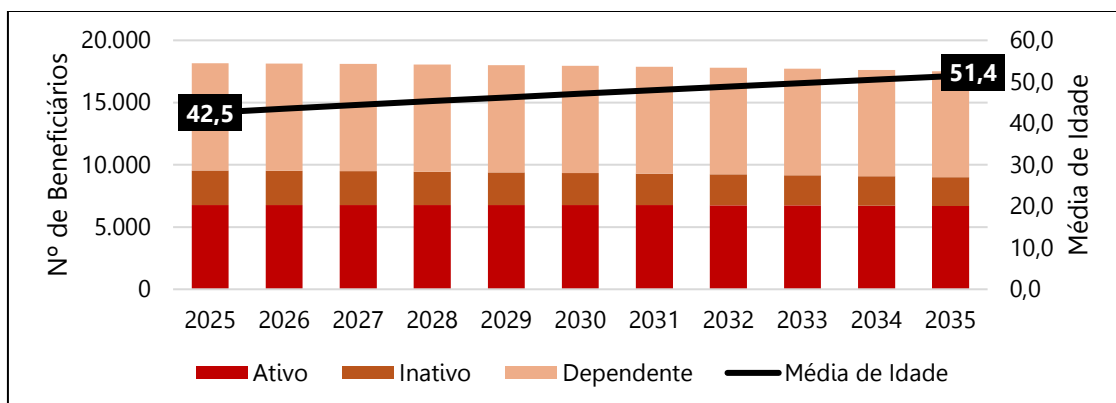
apresentaram a data de nascimento de cada colaborador, desta forma, para avançar nas projeções, considerou-se a idade média destes para os colaboradores sem informação de data de nascimento. Em relação aos dependentes, utilizou-se a família padrão do grupo de beneficiários efetivos, ou seja, manteve-se o mesmo grau de dependência identificado no grupo de beneficiários efetivos para o grupo de beneficiários CLT, adotando esta premissa para as projeções.

- Índice de Inflação para despesas: Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, extraído do Sistema de Expectativas do Banco Central;
- Índice de Inflação Médica para o custo assistencial: IPCA Serviços Saúde, extraído do Sistema de Expectativas do Banco Central;
- Correção salarial: Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, extraído do Sistema de Expectativas do Banco Central.
- Inclusão de cobertura para atendimentos em fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional. Considerou-se a frequência de utilização observada no mercado de saúde suplementar, sendo 1,26 sessões de psicologia por beneficiário ao ano, 0,33 para fonoaudiologia e 0,18 em terapia ocupacional, com desagravo de aproximadamente 20%, conforme frequências de utilização do FAM em comparação com o mercado. Desta forma, foram obtidas as seguintes frequências: 1,01 para psicologia; 0,26 para fonoaudiologia e 0,14 para terapia ocupacional. Para o custo médio considerou-se o valor de R\$ 30,00, ou seja, o custo de R\$ 60,00 por atendimento deduzido de 50% de coparticipação do beneficiário.

### 3.2 PROJEÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Inicialmente é apresentada a projeção de beneficiários, segmentados entre ativos, inativos e dependentes, bem como a evolução da média de idade da carteira. Nesta projeção não foram considerados os colaboradores em regime CLT.

Gráfico 2 – Projeção de Beneficiários

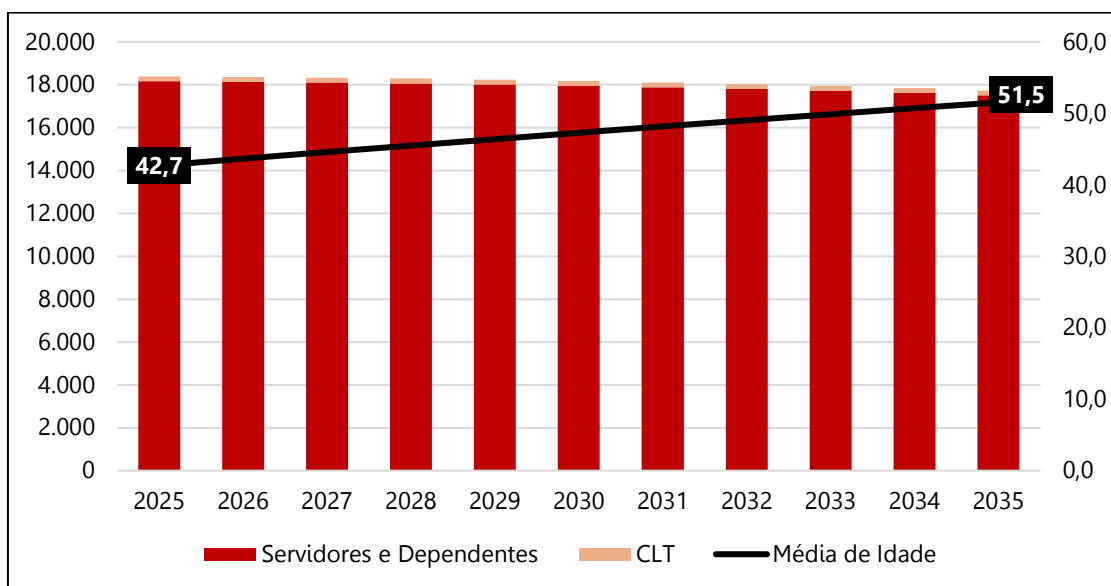


Fonte: Elaborado pelos atuários responsáveis

A projeção de beneficiários, considerando as premissas supramencionadas, apresentou uma queda de 18.166 vidas no ano de 2025 para 17.514 em 2035. Destes totais, a base de ativos passa de 6.780 para 6.703, a quantidade de inativos sofre uma queda de 2.764 em 2025 para 2.310 em 2035, e os dependentes reduzem de 8.622 para 8.501 no mesmo período. Com o avanço da idade dos beneficiários e sem a recomposição etária da carteira, a média de idade do grupo passa de 42,5 em 2025 para 51,4 em 2035, um envelhecimento médio de aproximadamente 9 anos na base de vidas do fundo de saúde.

O Gráfico 3 apresenta a projeção do grupo de servidores e celetistas com base nas premissas consideradas.

Gráfico 3 – Projeção de Beneficiários (Servidores + Celetistas)



Fonte: Elaborado pelos atuários responsáveis

A projeção de beneficiários, apresentou uma queda de 18.394 vidas no ano de 2025 para 17.738 em 2035. Destes totais, a base de servidores e dependentes passa de 18.166 para 17.514, enquanto a quantidade de colabores em regime CLT sofre uma queda de 228 em 2025 para 224 em 2035. Com o avanço da idade dos beneficiários e sem a recomposição etária da carteira, a média de idade do grupo passa de 42,7 em 2025 para 51,5 em 2035, um envelhecimento médio de aproximadamente 9 anos na base de vidas do fundo de saúde. A projeção de beneficiários com colaboradores celetistas não apresentou variações significativas em relação a projeção considerando somente servidores e seus dependentes.

### 3.3 PROJEÇÃO DE RECEITAS E DESPESAS

A Tabela 12 apresenta a projeção de resultado do FAM, considerando a massa de beneficiários servidores e seus dependentes, seu perfil de utilização e as premissas já mencionadas.

Tabela 12 – Projeções Financeiras FAM

	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5	Ano 6	Ano 7	Ano 8	Ano 9	Ano 10
<b>(+) Receitas do Plano</b>	20.324.162	20.996.306	21.612.399	22.195.968	22.748.848	23.281.688	23.798.559	24.290.863	24.754.578	25.182.597
<b>(-) Custo Assistencial</b>	17.486.897	18.701.814	19.876.282	21.062.026	22.254.361	23.427.198	24.652.207	25.869.535	27.060.710	28.280.519
<b>(=) Resultado do Plano</b>	<b>2.837.265</b>	<b>2.294.492</b>	<b>1.736.118</b>	<b>1.133.943</b>	<b>494.487</b>	<b>-145.510</b>	<b>-853.648</b>	<b>-1.578.671</b>	<b>-2.306.132</b>	<b>-3.097.922</b>
(%) Sinistralidade	86,04%	89,07%	91,97%	94,89%	97,83%	100,62%	103,59%	106,50%	109,32%	112,30%
<b>(-) Despesas Administrativas</b>	1.273.753	1.315.878	1.354.489	1.391.063	1.425.713	1.459.107	1.491.500	1.522.354	1.551.415	1.578.240
(%) Despesa Adm./Receitas do Plano	6,27%	6,27%	6,27%	6,27%	6,27%	6,27%	6,27%	6,27%	6,27%	6,27%
<b>(=) Resultado Operacional</b>	<b>1.563.512</b>	<b>978.614</b>	<b>381.628</b>	<b>-257.120</b>	<b>-931.226</b>	<b>-1.604.617</b>	<b>-2.345.148</b>	<b>-3.101.025</b>	<b>-3.857.547</b>	<b>-4.676.162</b>
(%) Margem Operacional	7,69%	4,66%	1,77%	-1,16%	-4,09%	-6,89%	-9,85%	-12,77%	-15,58%	-18,57%
<b>(+) Receita de Consignações</b>	2.274.285	2.349.499	2.418.440	2.483.742	2.545.609	2.605.234	2.663.073	2.718.162	2.770.052	2.817.947
<b>(+) Receita Financeira</b>	3.953.909	4.084.670	4.204.526	4.318.055	4.425.613	4.529.273	4.629.827	4.725.601	4.815.813	4.899.081
<b>(=) Resultado Líquido</b>	<b>7.791.706</b>	<b>7.412.783</b>	<b>7.004.594</b>	<b>6.544.676</b>	<b>6.039.997</b>	<b>5.529.890</b>	<b>4.947.751</b>	<b>4.342.737</b>	<b>3.728.317</b>	<b>3.040.866</b>
(%) Margem Líquida	29,34%	27,02%	24,81%	22,57%	20,32%	18,18%	15,91%	13,68%	11,53%	9,24%

Fonte: Elaborado pelos atuários responsáveis

As projeções financeiras do FAM evidenciam um crescimento gradual da sinistralidade, atingindo um resultado operacional negativo no 4º ano de projeção. Caso as receitas de consignação, bem como as receitas financeiras, mantenham-se na mesma proporção do cenário atual, o fundo de saúde poderá apresentar resultado líquido positivo, porém, é importante ressaltar que a sustentabilidade do fundo de saúde deve ser garantida pelo seu resultado operacional. Neste cenário, o FAM pode apresentar um passivo atuarial num período acumulado de 10 anos de R\$ 12.143.305,05 em valor presente.

Tabela 13 – Projeções Financeiras FAM (Servidores, dependentes e celetistas)

	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5	Ano 6	Ano 7	Ano 8	Ano 9	Ano 10
<b>(+) Receitas do Plano</b>	21.043.251	21.741.604	22.382.571	22.990.721	23.567.927	24.125.093	24.662.485	25.175.096	25.658.904	26.106.803
<b>(-) Custo Assistencial</b>	17.745.795	18.976.675	20.165.466	21.380.636	22.587.868	23.776.028	25.014.583	26.245.368	27.449.462	28.682.162
<b>(=) Resultado do Plano</b>	<b>3.297.456</b>	<b>2.764.930</b>	<b>2.217.105</b>	<b>1.610.085</b>	<b>980.059</b>	<b>349.065</b>	<b>-352.098</b>	<b>-1.070.272</b>	<b>-1.790.558</b>	<b>-2.575.359</b>
(%) Sinistralidade	84,33%	87,28%	90,09%	93,00%	95,84%	98,55%	101,43%	104,25%	106,98%	109,86%
<b>(-) Despesas Administrativas</b>	1.318.820	1.362.587	1.402.757	1.440.871	1.477.046	1.511.964	1.545.644	1.577.770	1.608.091	1.636.162
(%) Despesa Adm./Receitas do Plano	6,27%	6,27%	6,27%	6,27%	6,27%	6,27%	6,27%	6,27%	6,27%	6,27%
<b>(=) Resultado Operacional</b>	<b>1.978.636</b>	<b>1.402.343</b>	<b>814.347</b>	<b>169.214</b>	<b>-496.987</b>	<b>-1.162.900</b>	<b>-1.897.742</b>	<b>-2.648.042</b>	<b>-3.398.650</b>	<b>-4.211.521</b>
(%) Margem Operacional	9,40%	6,45%	3,64%	0,74%	-2,11%	-4,82%	-7,69%	-10,52%	-13,25%	-16,13%
<b>(+) Receita de Consignações</b>	2.354.752	2.432.898	2.504.623	2.572.675	2.637.265	2.699.612	2.759.746	2.817.108	2.871.246	2.921.366
<b>(+) Receita Financeira</b>	4.093.803	4.229.662	4.354.357	4.472.668	4.584.959	4.693.351	4.797.897	4.897.621	4.991.742	5.078.878
<b>(=) Resultado Líquido</b>	<b>8.427.190</b>	<b>8.064.903</b>	<b>7.673.327</b>	<b>7.214.557</b>	<b>6.725.236</b>	<b>6.230.063</b>	<b>5.659.901</b>	<b>5.066.687</b>	<b>4.464.339</b>	<b>3.788.723</b>
(%) Margem Líquida	30,65%	28,39%	26,24%	24,02%	21,84%	19,77%	17,57%	15,41%	13,32%	11,11%

Fonte: Elaborado pelos atuários responsáveis

As projeções financeiras do FAM incluindo os colaboradores em regime CLT, evidenciam um crescimento gradual da sinistralidade, atingindo um resultado operacional negativo no 5º ano de projeção. Caso as receitas de consignação, bem como as receitas financeiras, mantenham-se na mesma proporção do cenário atual, o fundo de saúde poderá apresentar resultado líquido positivo, porém, é

importante ressaltar que a sustentabilidade do fundo de saúde deve ser garantida pelo seu resultado operacional. Neste cenário, o FAM pode apresentar um passivo atuarial num período acumulado de 10 anos de R\$ 9.914.59,42 em valor presente. Desta forma, caso os colaboradores celetistas apresentem comportamento de utilização semelhante ao grupo de servidores, a sua inclusão no FAM poderá proporcionar uma leve melhora no resultado do fundo de saúde. Além disso, os cenários projetados não consideraram o potencial ingresso de dependentes dos colaboradores em regime CLT, fator este que também poderá contribuir para uma redução da sinistralidade no caso deste grupo apresentar uma média de idade inferior ao grupo atual.

Recomenda-se a adoção de período de carência de 6 (seis) meses para internações e procedimentos cirúrgicos, e de 30 (trinta) dias para consultas eletivas e exames pelos servidores celetistas, em consonância com práticas consolidadas no mercado de saúde suplementar e com fundamentos atuariais de gestão de risco.

Do ponto de vista técnico, a instituição de carência configura mecanismo essencial para preservação do equilíbrio financeiro do plano, caracterizado pela adesão de indivíduos com maior probabilidade de utilização imediata dos serviços, especialmente em procedimentos de maior custo. Conforme diretrizes do setor, a carência atua justamente para garantir que a utilização dos serviços esteja associada a eventos futuros, incertos e aleatórios, e não a demandas já conhecidas no momento da adesão.

Adicionalmente, parâmetros regulatórios e práticas de mercado indicam que prazos de carência de até 180 dias (6 meses) para procedimentos gerais são amplamente adotados e compatíveis com a legislação vigente, sendo inclusive o limite máximo permitido para a maioria das coberturas assistenciais. Tal referência reforça a adequação do prazo proposto, alinhando o FAM às práticas prudenciais do setor.

Sob a ótica atuarial, a carência contribui para:

- diluição do risco no grupo mutualista, evitando concentração de custos imediatos;
- estabilização do fluxo de despesas assistenciais no período inicial de ingresso de novos beneficiários;
- redução de comportamentos oportunistas, como adesões motivadas por necessidades já diagnosticadas;
- maior previsibilidade das projeções atuariais e sustentabilidade do plano no médio e longo prazo.

Dessa forma, a fixação de carência de 6 meses para os celetistas mostra-se tecnicamente justificável e aderente às melhores práticas do mercado de saúde, constituindo medida prudencial relevante para a manutenção do equilíbrio financeiro e atuarial do Fundo de Assistência à Saúde.

### 3.4 ANÁLISE DE SENSIBILIDADE

Para realizar a análise de sensibilidade considerou-se apenas a premissa de inflação médica, ou seja, a taxa de crescimento dos custos assistenciais. No cenário otimista foi considerada uma taxa equivalente a metade da taxa projetada no cenário esperado, e no cenário pessimista foi utilizado o dobro desta taxa. A Tabela 14 apresenta os cenários anuais de sinistralidade, segmentados em otimista, esperado e pessimista, bem como dividido entre os cenários considerando somente os servidores e seus dependentes e outro incluindo os colaboradores em regime CLT.

Tabela 14 – Cenários de Sinistralidade

Período	Sinistralidade					
	Servidores e Dependentes			Servidores, Dependentes e CLT		
	Otimista	Esperado	Pessimista	Otimista	Esperado	Pessimista
Ano 1	83,92%	86,04%	90,28%	78,34%	84,33%	84,52%
Ano 2	85,05%	89,07%	94,26%	79,32%	87,28%	88,31%
Ano 3	86,20%	91,97%	98,04%	80,32%	90,09%	91,88%
Ano 4	87,45%	94,89%	101,81%	81,47%	93,00%	95,51%
Ano 5	88,77%	97,83%	105,57%	82,62%	95,84%	99,04%
Ano 6	90,01%	100,62%	109,17%	83,68%	98,55%	102,40%
Ano 7	91,42%	103,59%	112,93%	84,91%	101,43%	105,92%
Ano 8	92,83%	106,50%	116,61%	86,11%	104,25%	109,36%
Ano 9	94,18%	109,32%	120,18%	87,26%	106,98%	112,67%
Ano 10	95,70%	112,30%	123,93%	88,55%	109,86%	116,14%
<b>Média</b>	<b>89,55%</b>	<b>99,21%</b>	<b>107,28%</b>	<b>83,26%</b>	<b>97,16%</b>	<b>100,57%</b>

Fonte: Elaborado pelos atuários responsáveis

Observa-se que no cenário otimista, considerando somente o grupo de servidores e dependentes, a média de sinistralidade no período de 10 anos chegou a 89,55%, sendo 95,70% a sinistralidade máxima na série projetada. Já o cenário esperado apresentou uma sinistralidade máxima de 112,30% e média de 99,21%. O cenário pessimista apresenta uma sinistralidade máxima de 123,93%, porém, dos 10 anos projetados, 7 apresentam sinistralidade igual ou superior a 100%, evidenciando que o fundo de saúde não teria recursos suficientes para garantir a sua operação. Quando se analisam os cenários incluindo os celetistas, todos os cenários apresentaram sinistralidades inferiores em relação ao grupo contendo somente servidores e dependentes. No cenário pessimista, a sinistralidade máxima atingiu 116,14%, e 5 dos 10 anos obtiveram um índice de sinistralidade superior a 100%. A Tabela 15 apresenta os cenários de resultado operacional.

Tabela 15 – Cenários de Resultado Operacional

Período	Resultado Operacional (em R\$)					
	Servidores e Dependentes			Servidores, Dependentes e CLT		
	Otimista	Esperado	Pessimista	Otimista	Esperado	Pessimista
Ano 1	1.993.857	1.563.512	702.645	3.239.443	1.978.636	1.938.445
Ano 2	1.823.313	978.614	-111.720	3.132.923	1.402.343	1.178.830
Ano 3	1.627.890	381.628	-930.920	3.001.356	814.347	414.714
Ano 4	1.394.290	-257.120	-1.793.856	2.818.826	169.214	-407.656
Ano 5	1.128.869	-931.226	-2.693.907	2.619.465	-496.987	-1.250.682
Ano 6	867.506	-1.604.617	-3.593.834	2.426.171	-1.162.900	-2.091.652
Ano 7	549.648	-2.345.148	-4.567.595	2.176.802	-1.897.742	-3.005.736
Ano 8	220.230	-3.101.025	-5.557.967	1.918.055	-2.648.042	-3.934.191
Ano 9	-109.624	-3.857.547	-6.547.930	1.661.413	-3.398.650	-4.859.546
Ano 10	-494.189	-4.676.162	-7.604.294	1.352.247	-4.211.521	-5.849.056
<b>Total</b>	<b>9.001.791</b>	<b>-13.849.092</b>	<b>-32.699.377</b>	<b>24.346.702</b>	<b>-9.451.301</b>	<b>-17.866.528</b>

Fonte: Elaborado pelos atuários responsáveis

Nos cenários de resultado operacional, observa-se que o grupo de servidores e dependentes apresenta um resultado acumulado em 10 anos de -R\$ 13.849.092, com uma oscilação considerável entre os cenários otimista e pessimista, variando de R\$ 9.001.791 a -R\$ 32.699.377. Quando incluídos os celetistas, o cenário esperado apresenta considerável melhor no resultado acumulado, passando para -R\$ 9.451.301, e oscilando entre R\$ 24.346.702 no cenário otimista e -R\$ 17.866.528 no cenário pessimista.

### 3.5 RESERVA TÉCNICA

Diante dos cenários projetados para um período de 10 anos, o passivo atuarial estimado, considerando a manutenção da base de beneficiários, comportamento de utilização, diretrizes do fundo de saúde, e possíveis oscilações no risco, recomenda-se a constituição de reserva técnica no valor de R\$ 13.357.635,56, visando a solvência futura do fundo de saúde. A reserva técnica corresponde ao passivo atuarial apurado acrescido de margem de segurança. Atualmente, o fundo de saúde possui o valor de R\$ 36.513.173,32 em seus ativos financeiros, ou seja, demonstrando uma suficiência 2,73 vezes a necessidade técnica.

### 3.6 CENÁRIO DE INCLUSÃO DE COBERTURA DE TERAPIAS (PSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL)

Foi realizada a projeção de inclusão de cobertura para sessões de psicologia, fonoaudiologia e terapias ocupacional, conforme já mencionado. A Tabela 16 evidencia o custo assistencial projetado para cada terapia, seu impacto no resultado operacional projetado (considerando o cenário esperado para o grupo de servidores e dependentes) e na sinistralidade.

Tabela 16 – Projeção de Cobertura para Psicologia, Fonoaudiologia e TO

	Custo Adicional			Total	Resultado Operacional		Sinistralidade	
	Psicologia	Fonoaudiologia	Terapia Ocupacional		Sem Terapias	Com Terapias	Sem Terapias	Com Terapias
<b>Ano 1</b>	586.765	153.676	83.824	<b>824.265</b>	2.387.776	1.563.512	81,98%	86,04%
<b>Ano 2</b>	622.036	162.914	88.862	<b>873.812</b>	1.852.426	978.614	84,91%	89,07%
<b>Ano 3</b>	657.138	172.108	93.877	<b>923.123</b>	1.304.751	381.628	87,70%	91,97%
<b>Ano 4</b>	693.303	181.579	99.043	<b>973.926</b>	716.806	-257.120	90,50%	94,89%
<b>Ano 5</b>	730.629	191.355	104.376	<b>1.026.360</b>	95.134	-931.226	93,31%	97,83%
<b>Ano 6</b>	769.654	201.576	109.951	<b>1.081.181</b>	-523.437	-1.604.617	95,98%	100,62%
<b>Ano 7</b>	810.387	212.244	115.770	<b>1.138.401</b>	-1.206.747	-2.345.148	98,80%	103,59%
<b>Ano 8</b>	852.779	223.347	121.826	<b>1.197.951</b>	-1.903.074	-3.101.025	101,57%	106,50%
<b>Ano 9</b>	896.807	234.878	128.115	<b>1.259.800</b>	-2.597.748	-3.857.547	104,23%	109,32%
<b>Ano 10</b>	942.540	246.856	134.649	<b>1.324.045</b>	-3.352.118	-4.676.162	107,04%	112,30%
<b>Total</b>	<b>7.562.037</b>	<b>1.980.534</b>	<b>1.080.291</b>	<b>10.622.862</b>	<b>-3.226.229</b>	<b>-13.849.092</b>	<b>95,14%</b>	<b>99,78%</b>

Fonte: Elaborado pelos atuários responsáveis

A inclusão de terapias como psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional no FAM apresentaram um incremento médio anual no custo assistencial, no período projetado, de R\$ 1.062.286, totalizando R\$ 10.622.862 de custo assistencial adicional em 10 anos, já considerando a dedução de coparticipações no custo assistencial de 50%. Este incremento proporciona um aumento de 4 p.p. na sinistralidade do fundo de saúde.

É importante destacar que a incorporação desses serviços ao Fundo de Saúde, embora implique incremento imediato nas despesas assistenciais no curto prazo, tende a produzir efeitos economicamente favoráveis no horizonte de médio e longo prazo.

Sob a ótica atuarial, tais medidas possuem caráter preventivo e de promoção à saúde, contribuindo para a redução da incidência e da gravidade de eventos assistenciais de maior custo. Como consequência, observa-se a mitigação do crescimento das despesas futuras, especialmente aquelas relacionadas a internações, tratamentos de alta complexidade e doenças crônicas.

Dessa forma, a adoção desses serviços configura-se como estratégia de gestão eficiente do risco assistencial, com potencial de melhorar o equilíbrio financeiro do plano ao longo do tempo, ainda que represente um dispêndio adicional no período inicial.

### 3.7 SIMULAÇÃO DE DIFERENTES PERCENTUAIS DE CONTRIBUIÇÃO

Realizou-se a simulação de alteração dos percentuais de contribuição dos servidores e do ente, passando de 2% para 2,5% e 3,0%. A Tabela 17 evidencia o resultado operacional (considerando o cenário esperado para o grupo de servidores e dependentes) caso as alíquotas praticadas fossem 2,5% e 3%.

Tabela 17 – Cenários de Resultado com alíquotas de 2,5% e 3,0%

Cenário	Incremento na Receita		Resultado Oper. Projetado	Resultado Operacional Projetado	
	Alíquota 2,5%	Alíquota 3%		Alíquota 2,5%	Alíquota 3%
Ano 1	5.081.040	10.162.081	1.563.512	6.644.552	11.725.592
Ano 2	5.249.076	10.498.153	978.614	6.227.691	11.476.767
Ano 3	5.403.100	10.806.200	381.628	5.784.728	11.187.828
Ano 4	5.548.992	11.097.984	-257.120	5.291.872	10.840.864
Ano 5	5.687.212	11.374.424	-931.226	4.755.986	10.443.198
Ano 6	5.820.422	11.640.844	-1.604.617	4.215.805	10.036.227
Ano 7	5.949.640	11.899.280	-2.345.148	3.604.492	9.554.132
Ano 8	6.072.716	12.145.432	-3.101.025	2.971.691	9.044.407
Ano 9	6.188.644	12.377.289	-3.857.547	2.331.097	8.519.742
Ano 10	6.295.649	12.591.299	-4.676.162	1.619.487	7.915.136
<b>Total</b>	<b>57.296.492</b>	<b>114.592.984</b>	<b>-13.849.092</b>	<b>43.447.401</b>	<b>100.743.893</b>

Fonte: Elaborado pelos atuários responsáveis

Caso a alíquota de contribuição fosse elevada para 2,5%, o fundo de saúde apresentaria resultado operacional positivo em todos os anos do período projetado, revertendo o resultado acumulado da projeção inicial para um resultado positivo de R\$ 43.447.401. Logo, como a alíquota de 2,5% já se mostrou satisfatória para a sustentabilidade do fundo de saúde no período projetado, a alíquota de 3,0% também apresentou bom desempenho.

### 3.8 SIMULAÇÃO DE CENÁRIOS DE COPARTICIPAÇÃO

Realizou-se a simulação de cenário com a inclusão de coparticipação nas consultas médicas eletivas. Atualmente, as consultas médicas eletivas representam cerca de 24% dos custos assistenciais do FAM e não possuem coparticipação. Desta forma, identifica-se a oportunidade de implementar este mecanismo como fator moderador e de recuperação do risco. A coparticipação simulada foi de 20%, percentual este alinhado com as práticas do mercado de saúde suplementar.

Tabela 18 – Cenário com Coparticipação de 20% em Consultas Médicas Eletivas

Cenário	Resultado Oper. Projetado sem Copart.	Impacto Copart. 20% Consultas	Resultado Oper. Projetado com Copart.	Sinistralidade com Copart
Ano 1	1.563.512	839.371	2.402.883	81,9%
Ano 2	978.614	897.687	1.876.301	84,8%
Ano 3	381.628	954.062	1.335.690	87,6%
Ano 4	-257.120	1.010.977	753.857	90,3%
Ano 5	-931.226	1.068.209	136.983	93,1%
Ano 6	-1.604.617	1.124.506	-480.112	95,8%
Ano 7	-2.345.148	1.183.306	-1.161.842	98,6%
Ano 8	-3.101.025	1.241.738	-1.859.287	101,4%
Ano 9	-3.857.547	1.298.914	-2.558.633	104,1%
Ano 10	-4.676.162	1.357.465	-3.318.697	106,9%

Fonte: Elaborado pelos atuários responsáveis

Caso coparticipação de 20% em consultas fosse praticada pelo FAM, o resultado operacional apresentaria significativa melhora, atingindo um déficit no 6º ano, em comparação o cenário atual, cujo déficit inicia no 4º ano. Este resultado permite que o FAM aplique o percentual de coparticipação de 20% com reajustes graduais para manter o equilíbrio do fundo de saúde. Em relação a sinistralidade, a inclusão da coparticipação simulada proporcionaria uma redução aproximada de 5 pontos percentuais.

### 3.9 SIMULAÇÃO NO LIMITE DE CONSULTAS ELETIVAS E DE URGÊNCIA

Simulou-se o cenário onde os limites de consultas eletivas e de urgência passassem de 2 atendimentos para cada por beneficiário ao mês para 3 consultas eletivas e uma de urgência. Com base nas frequências de utilização, tem-se 0,52 consultas de urgência ao ano por beneficiário e 2,47 consultas eletivas ao ano por beneficiário. Neste cenário, manteve-se a frequência de consultas de urgência em 0,52, tendo em vista que a redução para 1 atendimento mensal não proporcionará redução na frequência anual, porém, considerou-se um agravamento na frequência de consultas eletivas para 3 consultas mensais por beneficiário, tendo em vista que o aumento no limite de atendimentos mensais aumentaria, podendo impactar no aumento da frequência. Considerando o custo médio da consulta em R\$ 100,00, esta alteração poderá gerar um impacto de aproximadamente 5% do custo assistencial, ou seja, cerca de R\$ 1,2 milhão ao ano, representando 5,4 p.p. na sinistralidade.

### 3.10 SIMULAÇÃO NO LIMITE DE CONSULTAS PARA GESTANTES

Simulou-se o cenário onde gestantes a partir da 37ª semana de gravidez teriam direito a consultas ilimitadas. A faixa de beneficiárias consideradas em idade fértil concentra-se entre 19 a 43 anos, totalizando 2.844 beneficiárias. Estimou-se que 10% deste total passariam por uma gestação no mesmo ano, ou seja, 284 gestações ao ano. Além disso, como premissa, considerou-se uma média de 3 consultas semanais a partir da 37ª semana de gestação e um custo médio da consulta de R\$ 100,00. Desta forma, o risco estimado foi de R\$ 255.960, ou seja, um aumento no custo assistencial de 1,63% ao ano.

# 4

## PARECER TÉCNICO ATUARIAL

Trata-se da emissão de Parecer Técnico Atuarial com base no Relatório da Avaliação Atuarial do PREVPEL-SAÚDE, com data-base em dezembro de 2025, cujo objetivo foi avaliar a situação econômico-financeira e atuarial do fundo de assistência à saúde dos servidores públicos municipais de Pelotas, estruturado sob a modalidade de autogestão.

A avaliação atuarial analisou dados de beneficiários, receitas, despesas assistenciais, perfil de utilização, projeções atuariais e financeiras para um horizonte de 10 anos, bem como cenários alternativos de financiamento, coparticipação e ampliação de coberturas. Na data-base da avaliação, o fundo de saúde contava com 18.166 beneficiários ativos, com idade média de 42,5 anos e proporção de idosos próxima à média observada no segmento de autogestões em saúde.

No exercício de 2025, o fundo de saúde apresentou desempenho econômico-financeiro positivo, com sinistralidade de 79,98%, despesas administrativas equivalentes a 6,27% das receitas e resultado operacional superavitário. O custo médio mensal líquido por beneficiário foi estimado em R\$ 70,99, enquanto a receita média total por beneficiário atingiu R\$ 89,89, evidenciando equilíbrio no curto prazo, fortemente sustentado pela contribuição patronal.

As projeções atuariais indicam crescimento gradual da sinistralidade em função do envelhecimento da carteira e da inflação médica, com previsão de resultado operacional negativo a partir do quarto ano projetado, caso sejam mantidas as regras atuais de custeio. Ainda que o resultado líquido permaneça positivo devido às receitas financeiras e de consignações, observa-se que a sustentabilidade estrutural do fundo de saúde não deve se apoiar em receitas não assistenciais, sob pena de formação de passivo atuarial no médio e longo prazo.

O estudo recomenda a constituição de reserva técnica no montante mínimo de R\$ 13.357.635,56, compatível com o risco projetado e necessária à preservação da solvência futura do fundo de saúde. Atualmente, o fundo de saúde possui o valor de R\$ 36.513.173,32 em seus ativos financeiros, ou seja, demonstrando uma suficiência 2,73 vezes a necessidade técnica. Adicionalmente, as simulações demonstram que a elevação gradual da alíquota de contribuição de 2,0% para 2,5% é suficiente para restabelecer o equilíbrio operacional ao longo de todo o horizonte projetado, assim como a adoção de coparticipação de 20% em consultas médicas eletivas se mostra um mecanismo eficaz de moderação do uso e recuperação do risco assistencial.

A ampliação de coberturas assistenciais, especialmente para terapias como psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, apresentou impacto relevante e negativo sobre o resultado operacional quando não acompanhada de medidas compensatórias de custeio, devendo, portanto, ser avaliada com cautela e sempre

associada a ajustes de contribuição, limites de utilização e coparticipações específicas.

Em relação ao ingresso dos celetistas, caso estes apresentem padrão de utilização semelhante ao grupo atual, sua inclusão no FAM pode gerar leve melhora no resultado do fundo. Ressalta-se, contudo, a importância da adoção de período de carência de 6 meses para internações e procedimentos cirúrgicos para este grupo, como medida atuarial necessária para preservar a sustentabilidade financeiro do plano.

Diante das análises realizadas, conclui-se que o PREVPEL-SAÚDE encontra-se atuarialmente equilibrado no curto prazo, porém apresenta riscos relevantes de desequilíbrio no médio e longo prazo caso não sejam adotadas medidas preventivas. Recomenda-se, portanto, a revisão gradual das alíquotas de contribuição, a implementação de mecanismos moderadores de utilização, a constituição formal de reserva técnica e a adoção de estratégias de recomposição etária da carteira, de forma a assegurar a sustentabilidade econômico-financeira e atuarial do fundo de saúde e a continuidade da assistência à saúde aos seus beneficiários.

**Suélen Barroso Rodrigues**  
MIBA 3721

**Leonardo Baltazar**  
MIBA 3302