

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

13 de agosto de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[Câmara aprova regras contra a discriminação de pessoas idosas em planos](#) - Fonte: MEDICINA S/A

[Emprego na saúde suplementar segue em alta, mas setor público recua em vínculos](#) - Fonte: SEGS

[Repensando o modelo de financiamento dos planos de saúde: o que o pós-pagamento tem a oferecer](#) -
Fonte: Futuro da Saúde

[Setor de saúde suplementar avalia medida que amplia acesso de pacientes do SUS à rede privada](#) - Fonte:
CQCS

[Tributação de reservas técnicas de planos e a reforma tributária](#) - Fonte: MEDICINA S/A

[Planos odontológicos crescem no Brasil e reforçam atenção à saúde bucal](#) - Fonte: SEGS

[MPF quer punição automática a plano de saúde que negar tratamento coberto](#) - Fonte: Veja

CÂMARA APROVA REGRAS CONTRA A DISCRIMINAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS EM PLANOS

MEDICINA S/A – 13/08/2025

A Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa da Câmara dos Deputados aprovou projeto de lei que institui regras para combater a discriminação contra pessoas idosas e pessoas com deficiência na contratação de planos de saúde.

A proposta altera a Lei dos Planos de Saúde, que hoje já estabelece que pessoas idosas ou com deficiência não podem ser impedidas de participar de planos de saúde. Adicionalmente, o projeto deixa claro que o descumprimento da medida pelas operadoras de planos estará sujeito às penalidades previstas na mesma legislação, que vão de advertência ao cancelamento da autorização de funcionamento.

O texto altera ainda a Lei da Agência Nacional de Saúde Suplementar para estabelecer que compete à ANS reforçar as ações de fiscalização para coibir práticas discriminatórias contra pessoas idosas e pessoas com deficiência na contratação de planos de saúde.

Nova versão

A versão aprovada foi o substitutivo elaborado pela relatora, deputada Dayany Bittencourt (União-CE), para o Projeto de Lei 262/25, do deputado Maurício Carvalho (União-RO).

Originalmente, o projeto combatia apenas a discriminação contra pessoas idosas. Dayany estendeu a proteção para pessoas com deficiência. “Seria incoerente e contraditório garantir proteção apenas à pessoa idosa, excluindo outro grupo vulnerável que igualmente enfrenta barreiras históricas no acesso à saúde”, argumentou a relatora.

Veja a [proposta](#) apresentada pela relatora

Dayany Bittencourt também retirou do texto a previsão de um regime específico de sanções para o descumprimento das

regras propostas. Isso porque a legislação vigente já prevê punições.

Incentivos

O texto aprovado também prevê incentivos fiscais para as operadoras de planos de saúde que adotarem políticas ativas para ampliar a inclusão de consumidores em sua base de clientes:

- dedução de até 5% do Imposto de Renda devido, proporcional ao número de novos beneficiários com mais de 60 anos de idade ou pessoas com deficiência incluídos no exercício fiscal;
- redução de alíquotas de tributos federais incidentes sobre as receitas operacionais, desde que comprovada a implementação de medidas para facilitar o acesso de pessoas idosas e pessoas com deficiência a seus serviços.

Para usufruir dos benefícios fiscais, as operadoras deverão apresentar à Receita Federal um relatório anual detalhado das ações adotadas.

O substitutivo prevê ainda que a ANS, em parceria com órgãos de defesa do consumidor, promoverá campanhas de conscientização sobre os direitos das pessoas na contratação de planos de saúde, independentemente da idade ou condição de saúde.

Próximos passos

O projeto ainda será analisado em caráter conclusivo pelas comissões de Saúde; de Finanças e Tributação; e de Constituição e Justiça e de Cidadania. Para virar lei, a medida precisa ser aprovada pela Câmara e pelo Senado. (Com informações da Agência Câmara de Notícias).

EMPREGO NA SAÚDE SUPLEMENTAR SEGUE EM ALTA, MAS SETOR PÚBLICO RECUA EM VÍNCULOS

SEGS – 12/08/2025

Brasil criou 39 mil novos postos formais na cadeia da saúde em três meses. Nordeste lidera crescimento impulsionado por Pernambuco.

A cadeia produtiva da saúde brasileira demonstrou resiliência no cenário econômico atual, alcançando a marca de 5,22 milhões de vínculos ativos após criar 39,3 mil novos empregos formais entre fevereiro e maio deste ano. O

crescimento de 0,8% acompanha o desempenho da economia nacional, que avançou 1% no mesmo período, conforme revela a 77ª edição do Relatório do Emprego na Cadeia Produtiva da Saúde (RECS), elaborado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

“A cadeia da saúde tem demonstrado notável capacidade de gerar empregos mesmo em um ambiente macroeconômico

desafiador”, destaca José Cechin, superintendente executivo do IESS. “Observamos claramente que o setor privado sustenta essa expansão, enquanto o público enfrenta limitações significativas.”

Nordeste lidera crescimento regional

Embora o Sudeste concentre o maior volume absoluto de empregos na saúde (2,6 milhões de vínculos), o Nordeste destacou-se com o maior crescimento proporcional por habitante: 7,8% no comparativo anual até maio de 2025. A região ultrapassou a marca de 1 milhão de vínculos formais, com expressiva participação do setor público (26,5%).

Pernambuco emerge como protagonista desse avanço regional, registrando impressionante crescimento de 15,7% em um ano, o que representa 29,5 mil novos postos de trabalho. O estado totaliza 217,4 mil vínculos na saúde, distribuídos entre setor privado (142,2 mil) e público (75,2 mil).

O desempenho pernambucano na geração de empregos na saúde parece refletir o vigor econômico do estado, que encerrou o quarto trimestre de 2024 com crescimento de 6,2% em seu PIB, conforme dados da Secretaria de Planejamento, Gestão e Desenvolvimento Regional (Seplag-PE).

O Ceará conquistou a segunda posição no ranking de crescimento do emprego na saúde no Nordeste, com alta de 14% (equivalente a 19,4 mil novas ocupações). Dos 158,4 mil profissionais atuantes na saúde cearense, 123,2 mil estão no sistema privado e 35,1 mil no público.

“O desempenho nordestino sinaliza uma importante interiorização tanto da oferta de serviços quanto da demanda por profissionais de saúde, refletindo investimentos regionais e avanços na formalização do setor”, analisa Cechin.

Saúde suplementar impulsiona crescimento

No segmento da saúde suplementar, a expansão mostra-se ainda mais vigorosa. Entre maio de 2024 e maio de 2025, a cadeia privada registrou saldo positivo de 167,7 mil empregos, com destaque para os prestadores de serviços, responsáveis por 75% desse crescimento (125,2 mil novas vagas). Fornecedores contribuíram com 37,5 mil novos postos, enquanto operadoras de planos de saúde adicionaram aproximadamente 5 mil vagas.

Panorama regional revela contrastes

O mapeamento nacional evidencia importantes diferenças regionais:

- **Norte:** apresenta maior dependência do setor público (45,4% dos vínculos), mas registrou a maior retração nesse segmento (-4,5%)
- **Sul:** lidera em participação do setor privado (88,7%), com crescimento moderado de 0,9%
- **Centro-Oeste:** alcançou a maior taxa de crescimento total (2,2%), mesmo com retração no setor público (-0,8%)

“Apesar das assimetrias regionais persistentes, a saúde consolida-se como um dos principais empregadores formais do país, desempenhando papel estratégico na geração de renda e inclusão produtiva”, conclui Cechin.

Dados-chave do RECS

- 5,2 milhões de vínculos formais na cadeia da saúde (maio/2025)
- 18,2% dos vínculos pertencem ao setor público
- A saúde representa 10,8% do total de empregos formais da economia brasileira

A íntegra do relatório está disponível em no [site do IESS](#) e um dashboard interativo com dados detalhados pode ser acessado [clikando aqui](#).

REPENSANDO O MODELO DE FINANCIAMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE: O QUE O PÓS-PAGAMENTO TEM A OFERECER

Futuro da Saúde – 12/08/2025

Em novo artigo, Murilo Wadt aborda os benefícios do modelo pós-pagamento no contexto dos planos de saúde

Nos últimos anos, tenho acompanhado uma transformação na forma como organizações lidam com seus planos de saúde. O tema “plano de saúde” virou “saúde”, no sentido amplo, e virou pauta de CEO. Frente a um cenário financeiramente difícil, com tendências macro de se tornar ainda mais complexo devido ao envelhecimento da população e regulação de coberturas cada vez maiores, as organizações estão se tornando cada vez mais arrojadas e, nesse cenário, o modelo de pós-pagamento está sendo avaliado com outra lente.

Antes visto como uma absorção perigosa de risco, hoje o modelo é visto como uma oportunidade de receber o retorno imediato de investimentos realizados. Para colocar todos na mesma página: enquanto o modelo pré-pagamento envolve o pagamento de um valor fixo acordado em contrato para o respectivo número de vidas, o modelo de pós-pagamento, como o próprio nome pressupõe, envolve o pagamento após a realização da utilização dos serviços, o que permite uma análise detalhada do que foi utilizado. Em outras palavras, diferente do modelo pré-pagamento, onde os investimentos realizados pelas empresas contratantes na melhor saúde da sua população são primeiramente revertidos em ganhos para as operadoras – menor sinistro, mas o prêmio pago não é alterado no curto prazo -, no pós-pagamento os retornos das

melhorias operacionais realizadas são sentidas diretamente pelas empresas. Um sinistro evitado no plano de saúde se torna, de forma imediata, um ganho. As decisões de novas ações de saúde, como medidas de prevenção, são facilitadas, pois o retorno é direto e não passa pela nuvem do retorno incerto nos próximos reajustes.

Ao mesmo tempo, como uma vez me disse o presidente de um dos nossos grandes clientes, com mais de 80 mil vidas, “não existe pré-pagamento, existe pós-pagamento diferido no tempo”. De fato, as empresas aprenderam que a conta virá na forma de reajuste e a jogada padrão de contratos de 24 meses com altas multas de saída está batida. Conforme o tema sobe na hierarquia das empresas contratantes, mais se olha a sustentabilidade de médio prazo e menos no atingir o orçamento anual a custas de um reajuste de difícil negociação no próximo período.

Claro que o modelo não é para todos e as contas sempre precisam ser feitas, mas é interessante notar o aumento da consideração na abordagem. Mais do que uma questão de modelo de pagamento, vejo que a tendência de estudos do pós-pagamento é a consequência da elevação do tema para um nível estratégico nas organizações. As melhores gestões entendem a importância de cuidar das pessoas e querem um caminho que incentive sua própria organização a sempre melhorar nesta frente.

Sempre dizem que é preciso ter uma gestão perfeita para se trabalhar em pós-pagamento, mas na verdade o que vejo é que o modelo estimula o desenvolvimento de uma ótima gestão. De fato, normalmente as empresas com melhores gestões de saúde possuem alguma apólice pós-pagamento, mas a correlação não implica na correlação causal de que é preciso uma gestão perfeita para se adotar o modelo. Com uma estrutura de incentivos alterada para incentivar investimentos em saúde, as empresas no pós-pagamentos se tornam ótimas gestoras ao longo do tempo. Organizações com capacidade financeira para arcar com as flutuações de sinistro e um posicionamento cultural de investimentos em saúde estão cada vez mais considerando o modelo.

Do custo ao cuidado: o que o pós-pagamento exige e entrega

Segundo dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), a variação dos custos médico-hospitalares (VCMH) dos planos individuais cresceram 12,7% no período analisado — 2022 e 2023. Isso mostra que não basta apenas contratar planos amplos — é preciso entender o perfil da população atendida, prevenir agravamentos e monitorar continuamente os resultados. E o modelo de pós-pagamento, por essência, exige exatamente essa maturidade de abordagem. Claro que nem tudo são flores. Assumir riscos como eventos graves demanda preparo técnico e parceiros confiáveis. A migração precisa ser bem planejada e a saída do sistema, caso necessária, é mais complexa. Mas quando há governança, tecnologia e foco, os desafios deixam de ser barreiras e passam a ser somente etapas naturais de um processo mais sólido e transparente.

Outro ponto decisivo está na liberdade para adaptar os benefícios à realidade de quem os recebe. Vivemos uma era em que profissionais valorizam muito mais a adequação do que a padronização. Poder oferecer pacotes personalizados, com foco em qualidade de vida, previdência, flexibilidade e bem-estar, amplia o engajamento interno sem comprometer os recursos disponíveis. E mais: permite realocar investimentos com inteligência, o que eleva a percepção de valor entre os times.

A essa altura, não tenho dúvidas. O pós-pagamento representa mais do que uma mudança contratual. É um novo modo de pensar o cuidado dentro das organizações. Não se trata de uma escolha fácil, nem de uma fórmula pronta. Trata-se de uma mentalidade que valoriza o uso consciente dos recursos e serviços disponíveis, o impacto mensurável na qualidade do atendimento e nos resultados de saúde, e a responsabilidade compartilhada entre a corporação, os gestores e os colaboradores. Porque cuidar das pessoas não é apenas garantir acesso. É também fazer disso uma ação intencional, eficiente e conectada com o que realmente importa.

SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR AVALIA MEDIDA QUE AMPLIA ACESSO DE PACIENTES DO SUS À REDE PRIVADA

CQCS – 12/08/2025

Após adesão ao edital do Ministério da Saúde e da ANS, especialistas da FenaSaúde e da Abramge analisam os impactos da medida e seu potencial para fortalecer áreas estratégicas da saúde pública.

A nova medida do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pretende converter R\$750 milhões em dívidas de ressarcimento ao SUS em consultas, exames e cirurgias a partir de agosto. Com isso, pacientes da rede pública também poderão ser atendidos por planos de saúde em todo o Brasil.

Para Bruno Sobral, diretor-executivo da FenaSaúde, a proposta é recebida com entusiasmo e vista como uma solução corajosa. Segundo ele, se bem implementada, a medida poderá ampliar o acesso dos brasileiros aos serviços de excelência oferecidos pela saúde privada.

“É uma boa iniciativa para reduzir a fila de espera na atenção especializada. Os planos de saúde e hospitais privados têm uma atuação complementar ao SUS e o novo programa acentua esse caráter”, afirma Sobral.

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) também se manifestou favoravelmente à portaria conjunta do Ministério da Saúde e da Advocacia-Geral da União, que autoriza operadoras de planos a oferecer atendimentos como forma de quitar dívidas com o sistema público.

De acordo com Gustavo Ribeiro, presidente da Abramge, a decisão representa um avanço significativo na integração entre os sistemas público e privado no país: “É uma medida

que fortalece o nosso sistema e que, acima de tudo, beneficia milhões de brasileiros que aguardam atendimento na rede pública”, destaca.

“A entidade reforça seu entendimento de que o caminho para um sistema mais sustentável e resolutivo passa, necessariamente, por parcerias colaborativas e por uma visão integrada do cuidado com o cidadão”, conclui o Órgão.

TRIBUTAÇÃO DE RESERVAS TÉCNICAS DE PLANOS E A REFORMA TRIBUTÁRIA

MEDICINA S/A – 11/08/2025

A reforma tributária sobre o consumo foi oficialmente aprovada pelo Congresso Nacional, por meio da Emenda Constitucional nº 132/2023, que alterou a Constituição Federal, para criar, de um lado, o Imposto sobre Bens e Serviços (IBS) e a Contribuição sobre Bens e Serviços (CBS) – que substituirão ICMS, ISS, PIS/Cofins e, parcialmente, IPI – e, de outro, o Imposto Seletivo (IS), que incidirá apenas sobre bens e serviços nocivos à saúde humana e ao meio ambiente.

A lógica central desta reforma é simplificar o sistema brasileiro em vigor, por meio da uniformização dos critérios de tributação, transparência da carga tributária incidente sobre o consumo e da redução de regimes especiais e benefícios fiscais até então concedidos de forma descentralizada e desarmonizada pelos entes subnacionais.

Considerando as particularidades da sociedade brasileira, a Constituição Federal prevê uma lista limitada e uniforme de regimes diferenciados, favorecidos ou específicos que deverão ser aplicados em todo o território nacional, dentre eles o regime específico aplicável aos planos de assistência à saúde que prevê redução de 60% das alíquotas de IBS e CBS aplicáveis aos serviços prestados.

Esse regime foi instituído e regulamentado pela Lei Complementar nº 214/2025, que definiu a abrangência da redução dos novos tributos sobre os serviços prestados por seguradoras de saúde, administradoras de benefícios, cooperativas operadoras de planos de saúde e de seguro saúde e demais operadoras de planos de assistência à saúde.

O cerne da controvérsia, contudo, é a base de cálculo de IBS e CBS prevista pela Lei Complementar, segundo a qual IBS e CBS incidirão sobre a receita dos serviços compreendendo prêmios e contraprestações e as receitas financeiras dos ativos garantidores das reservas técnicas, efetivamente liquidadas, previstas algumas deduções.

Tais receitas decorrem do cumprimento de obrigação regulatória imposta às operadoras de planos de saúde pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que determina que essas entidades provisionem recursos frente

às reservas técnicas aplicáveis, com objetivo de financeiramente garantir a cobertura dos riscos e responsabilidades inerentes à assistência à saúde perante prestadores de serviços e beneficiários.

No sistema tributário atual, existe discussão judicial no Supremo Tribunal Federal sobre a legitimidade da incidência de PIS/Cofins sobre as receitas oriundas de aplicações financeiras das reservas técnicas de operadoras de planos de saúde. Na mencionada discussão, a União Federal alega que as receitas financeiras comporiam a receita bruta da empresa, ao passo que as operadoras de planos de saúde sustentam que as aplicações representam mero cumprimento de exigências regulatórias impostas pela ANS.

A regulamentação da reforma tributária promovida pela Lei Complementar nº 214/2025 parece pretender superar as discussões judiciais em trâmite, ao determinar de maneira expressa a incidência de IBS e CBS sobre essas receitas.

Todavia, a Lei Complementar nº 214/2025 pode ter aberto caminho para uma nova discussão sobre o tema, especialmente em razão de um potencial conflito entre normas extraíveis de seus dispositivos. Isso porque o art. 235, I, “b” da Lei Complementar nº 214/2025 determina a incidência de IBS e CBS sobre as receitas financeiras oriundas das reservas técnicas dos planos de saúde, quando efetivamente liquidadas, enquanto, por outro lado, o art. 6º, V, da mesma lei, prevê que os novos tributos não incidirão sobre rendimentos financeiros, exceto quando incluídos na base de cálculo no regime específico de serviços financeiros, o qual não abrangeria as operadoras de planos de saúde.

Uma vez constatado esse conflito entre os regimes específicos de planos de assistência à saúde e tratamento das receitas financeiras em geral, o tema pode vir a ser objeto de nova onda de judicializações do setor de saúde.

Parte das regras gerais sobre a reforma tributária ainda será objeto de regulamentação, por meio do Projeto de Lei Complementar nº 108/2025, atualmente em trâmite no Congresso Nacional. Embora as finalidades desse projeto sejam outras – como disciplinar as regras relativas à gestão do IBS e do contencioso tributário, além de regras de

transição associadas ao tratamento de créditos de ICMS –, a sua tramitação pode ser uma oportunidade de resolver o conflito potencialmente criado pela redação atual dos dispositivos da Lei Complementar nº 214/2025 sobre a matéria.

Diante disso, medidas jurídicas têm sido discutidas sobre o tratamento tributário aplicável aos rendimentos financeiros incidentes, a fim de garantir maior segurança jurídica aos contribuintes afetados.

PLANOS ODONTOLÓGICOS CRESCEM NO BRASIL E REFORÇAM ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

SEGS – 11/08/2025

Em oito anos, país registrou crescimento de 60% de adesão aos convênios dentários

O número de beneficiários de planos odontológicos no Brasil segue crescendo. De acordo com dados divulgados em junho de 2025 pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), o país alcançou a marca de 34,5 milhões de beneficiários nesse modelo de plano, o que representa um aumento de 6,12% nos últimos 12 meses.

Em uma análise mais ampla, os números impressionam ainda mais: de 2017 a 2025, o crescimento foi de 60% no total de usuários de planos exclusivamente odontológicos. De acordo com o CEO da True, empresa especializada em consultoria para o setor de saúde supletiva, esse avanço é reflexo da ampliação da capilaridade da rede de atendimento e de uma maior conscientização sobre a importância da saúde bucal. "A saúde bucal deixou de ser um cuidado esporádico e passou a ser encarada como parte essencial da saúde integral. O crescimento dos planos odontológicos mostra que empresas e indivíduos estão mais atentos à prevenção e à qualidade de vida", afirma.

A liderança no ranking por estados permanece com São Paulo, que supera os 11,5 milhões de beneficiários, seguido pelo Rio de Janeiro com 3,8 milhões e Minas Gerais com quase 3 milhões de usuários.

De coadjuvante a protagonista: a trajetória da saúde bucal no Brasil

Por muito tempo, a saúde bucal foi tratada como uma questão secundária no país, restrita a atendimentos emergenciais, ações pontuais em escolas ou campanhas isoladas de prevenção. O acesso ao dentista era limitado, tanto no público

quanto no privado, e o entendimento da população sobre os impactos sistêmicos da saúde bucal na qualidade de vida e na saúde geral era escasso.

Esse cenário começou a mudar a partir dos anos 2000, com a implementação de políticas públicas que reestruturaram a saúde bucal de forma mais ampla no Sistema Único de Saúde (SUS).

Na saúde suplementar, os planos exclusivamente odontológicos demoraram mais a se consolidar como serviço essencial. Passaram a ganhar força à medida que empresas e beneficiários perceberam sua importância preventiva e a possibilidade de reduzir custos com problemas de saúde mais graves.

Cenário de oportunidades

Ceciliano pontua que esse movimento representa uma oportunidade estratégica para que as operadoras fortaleçam suas práticas internas e invistam em novos serviços. "O crescimento do setor cria o ambiente ideal para implementar métodos e políticas que avaliem e garantam a qualidade dos serviços prestados — como auditorias frequentes, programas de compliance e uso de cliente oculto. Além disso, fica evidente a oportunidade de criação de novos modelos de atendimento que fomentem ainda mais esse mercado", destaca.

O CEO enfatiza ainda que com o crescimento contínuo da demanda e o avanço regulatório, o mercado de planos odontológicos deve manter sua curva ascendente, consolidando-se como uma das portas de entrada da população brasileira na saúde suplementar.

MPF QUER PUNIÇÃO AUTOMÁTICA A PLANO DE SAÚDE QUE NEGAR TRATAMENTO COBERTO

Veja – 07/08/2025

A tese a ser firmada pelo STJ terá efeito vinculante e servirá de base para todos os juízes e tribunais do país em relação aos casos idênticos

O MPF apresentou parecer ao STJ em que defende o "reconhecimento automático" de danos morais pela Justiça nos casos de recusa indevida de cobertura por planos de saúde.

Para o órgão, não é necessário comprovar o sofrimento do paciente, pois o dano moral é evidente quando há negativa injustificada ao tratamento médico recomendado por profissionais de saúde.

A tese a ser firmada pelo STJ terá efeito vinculante e servirá de base para todos os juízes e tribunais do país em relação aos casos idênticos.

No parecer, o subprocurador-geral da República Renato Brill de Góes sustenta que a negativa de tratamento é uma “efetiva lesão aos direitos da personalidade, capaz de lhe causar forte abalo psíquico, já fragilizado”.

Por isso, o MPF propôs a fixação da seguinte tese pelo STJ: “Há configuração de danos morais in re ipsa nas hipóteses de recusa indevida de cobertura médico-assistencial pela operadora de plano de saúde”. • Protocolos DIPRO – Consultar notificação

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para saude@milliman.com.

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.

A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

[milliman.com](https://www.milliman.com)