



Relatório de Benefício de Assistência à Saúde (BAS) Consolidado Ano-referência 2025

CGPAR 36 art. 3º

Sumário

1.1.1 Breve Contextualização.....	4
1.1.2 Série Histórica 2012-2025.....	6
2.1.1. Inciso I.....	6
2.1.2. Inciso II.....	8
2.1.3. Inciso III.....	8
2.1.4. Inciso IV.....	10
2.1.5. Inciso V.....	11
2.1.6. Inciso VI.....	12
2.1.7. Inciso VII.....	12
2.1.8. Inciso VIII.....	13
2.1.9. Inciso IX.....	14
2.1.10. Inciso X.....	14
2.1.10.1 Exposição a risco:.....	15
2.1.10.2 Avaliação da sinistralidade.....	15
2.1.10.3 Principais ações para mitigação dos riscos.....	16
2.1.11 Inciso XI.....	17
2.1.11.1 Evolução Percentual de Idosos.....	17
2.1.11.2 Idade Média e Distribuição de Beneficiários.....	17
2.1.11.3 Razão de Dependência.....	18
2.1.11.4 Índice de Envelhecimento.....	19
2.1.11. Inciso XII.....	20
2.1.12. Inciso XIII.....	21
2.1.13. Inciso XIV.....	22
2.1.14. Inciso XV.....	23
3.Considerações Finais.....	24

1. Apresentação

O Serviço Federal de Processamento de Dados (SERPRO) desempenha um papel estratégico no desenvolvimento de soluções tecnológicas que viabilizam as ações do Estado brasileiro. Como líder no mercado de Tecnologia da Informação para o setor público, a empresa tem compromisso com a segurança, qualidade e confiabilidade dos serviços prestados.

Com presença nacional, infraestrutura tecnológica robusta e vasta experiência na gestão de sistemas da Administração Pública Federal, o Serpro vem expandindo sua atuação no mercado, ofertando serviços especializados tanto para o setor público quanto para o privado, com base em informações governamentais e um portfólio diversificado de produtos.

Ao longo de seus 61 anos de existência, o Serpro tem desempenhado um papel fundamental na gestão pública eficiente, desenvolvendo soluções tecnológicas que impactam diretamente a sociedade. Seus empregados exercem função essencial para o interesse coletivo, contribuindo não apenas para a modernização do setor público, mas também para a melhoria dos serviços oferecidos ao cidadão.

Nesse contexto, a empresa reafirma seu compromisso com a gestão adequada dos recursos públicos, um princípio inerente à sua identidade jurídica e cultura organizacional. Com o objetivo de continuar oferecendo um benefício de qualidade aos seus empregados, ex-empregados e seus dependentes, o Serpro reforça a atenção à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do Benefício de Assistência à Saúde (BAS) e aprimoramento contínuo de sua gestão.

Em conformidade com a Resolução CGPAR nº 36, art. 3º e seus respectivos incisos, este relatório tem por objetivo apresentar, de forma objetiva, as informações consolidadas referentes ao custeio do benefício de assistência à saúde, na modalidade de autogestão, para o exercício de 2025.

O Serpro permanece comprometido com a melhoria contínua da gestão do BAS, garantindo um serviço eficiente e sustentável para seus beneficiários. A empresa continua empenhada na transparência, responsabilidade e excelência na administração desse importante benefício.

1.1 Carteira de Beneficiários

1.1.1 Breve Contextualização

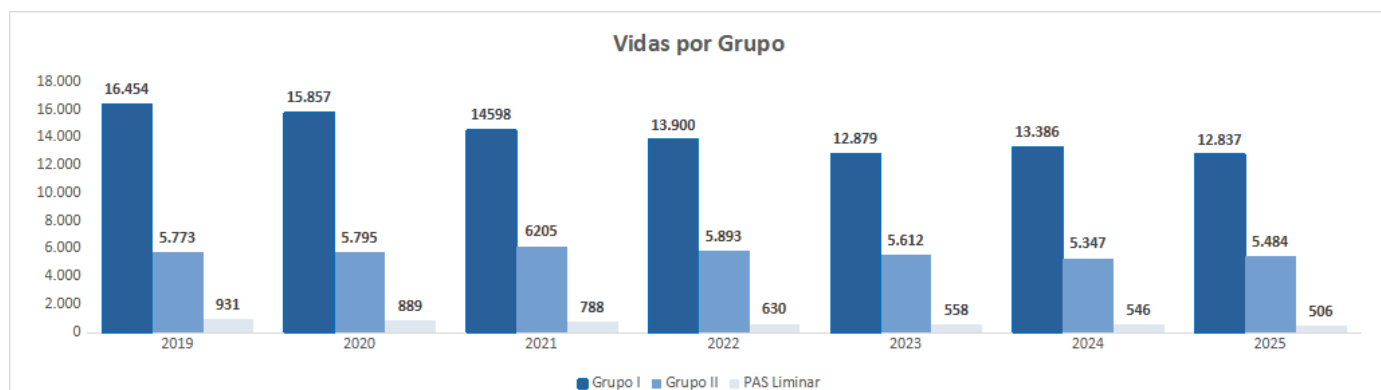
Internamente o BAS é conhecido por meio do seu regulamento como PAS - Plano de Assistência à Saúde dos Empregados do SERPRO. Este foi implantado em meados de 1998, sendo que as atuais versões dos Regulamentos do Grupo I e II são de 2004 e trouxe em seu bojo algumas mudanças, dentre elas a forma de custeio pelos empregados e pela empresa, além do escopo de dependentes restritos a cônjuges, filhos e menores sob guarda, estes dois últimos com limite de idade para permanência.

Em sua concepção, o PAS previu a formação de dois grupos:

- **Grupo I** - empregados ativos e seus dependentes cujo valor de contribuição é composto pela participação paga pelo SERPRO de acordo com a tabela de referência salarial do empregado (titular ativo), mais a mensalidade dos titulares e dependentes de acordo com a idade de cada beneficiário vinculado, respeitando a tabela de faixa etária estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- **Grupo II** - empregados desligados e seus dependentes, que participam integralmente com o valor da mensalidade. Também estão nessa categoria e custeando integralmente o benefício, os dependentes de titulares do Grupo I denominados “agregados”, que são filhos de empregados ativos, maiores de 21 que não cursam ensino superior, tendo o direito de permanência até os 28 anos de idade, salvo se no curso do exercício deste direito ocorrer comprovada invalidez permanente, contexto pelo qual não há limite de idade.

Obstante, em face das mudanças comentadas inicialmente, houve um grupo de beneficiários que obtiveram judicialmente, em 1998, prerrogativas anteriores a implantação do PAS-Serpro, desta forma, caracteriza-se este grupo como PAS Liminar, em que a participação no custeio do benefício pelo grupo familiar de empregados ativos varia de 1 a 2% da referência salarial.

No gráfico a seguir consta o total de vidas entre 2019 e 2025 segmentado de acordo com os grupos que compõem o benefício.



Fonte: Sistema de Gestão de Pessoas - SGP

No período analisado, observou-se uma redução no número de beneficiários do Grupo I, composto por empregados ativos da empresa. Esse grupo passou de 13.386 para 12.837 beneficiários, o que representa uma redução de 549 beneficiários, correspondente a variação negativa de 4,10%. Essa redução está relacionada principalmente à saída de empregados da empresa, refletindo o movimento de aposentadoria do quadro funcional.

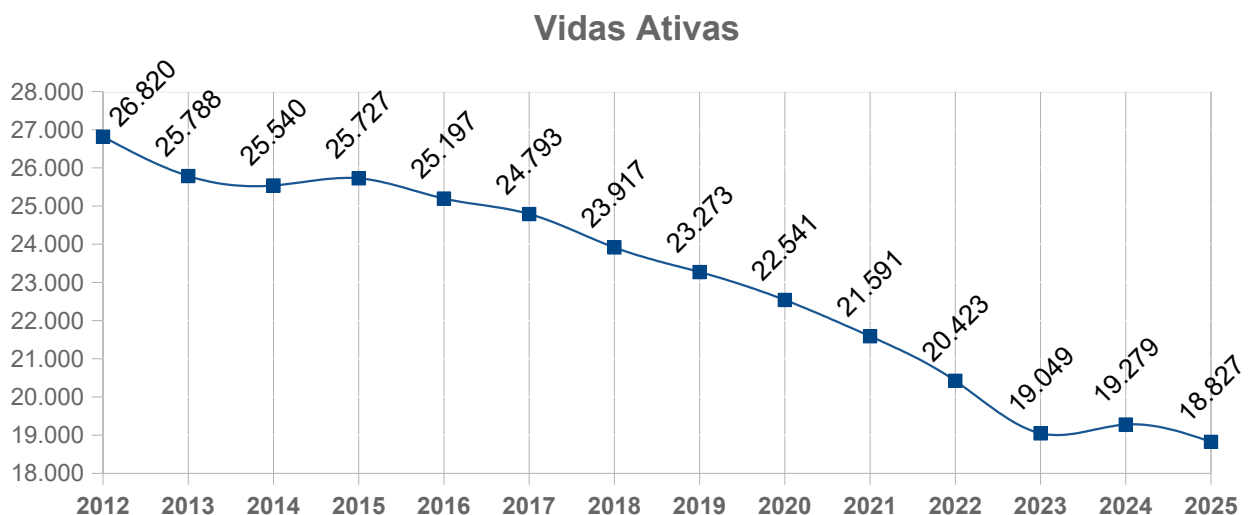
Alinhado ao movimento de aposentadoria apresentado, o Grupo II, que abrange aposentados, pensionistas e agregados, apresentou um aumento no total de beneficiários, passando de 5.347 para 5.484, o que corresponde a uma variação positiva de 137 beneficiários. Esse número também foi afetado de forma negativa pela perda da condição de permanência por parte dos agregados por limite de idade, conforme previsto no regulamento do plano e por óbitos.

Essa movimentação reflete dinâmicas naturais do plano, como aposentadorias e entradas e desligamento progressivo de beneficiários do Grupo II em função dos critérios estabelecidos e óbitos.

Quanto ao PAS Liminar, se trata de um grupo cuja tendência é de gradual diminuição do seu público até sua plena extinção. Esse grupo teve redução de 40 beneficiários, variação negativa de 7,33%

1.1.2 Série Histórica 2012-2025

O ano de 2025 se encerrou com um total de 18.827 vidas vinculadas ao benefício, apresentando redução de 452 beneficiários do número de vidas ativas, o que representa uma redução de aproximadamente 2,34% em relação ao ano anterior. Essa redução sinaliza um comportamento negativo nos números do plano de saúde, dando continuidade a tendência de queda registrada na última década, revertendo a variação positiva do ano anterior. O PAS/SERPRO permanece classificado como operadora de pequeno porte pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por ainda contar com menos de 20 mil vidas, mantendo, assim, os desafios relacionados à sustentabilidade, ao custeio de eventos de alto custo e à competitividade na negociação com a rede credenciada.



Fonte: Sistema de Gestão de Pessoas – SGP e Relatório Atuarial BAS 2025

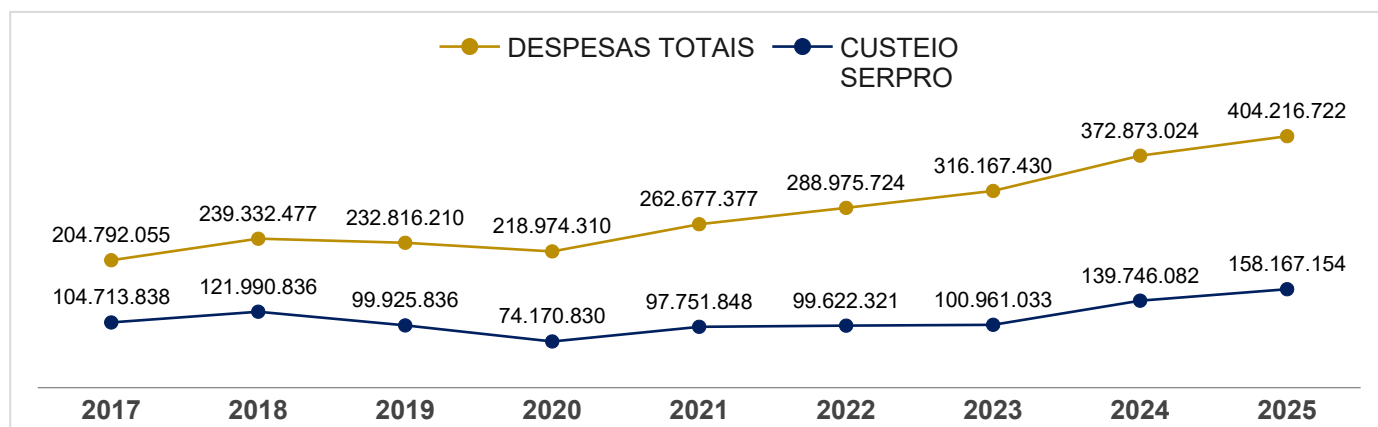
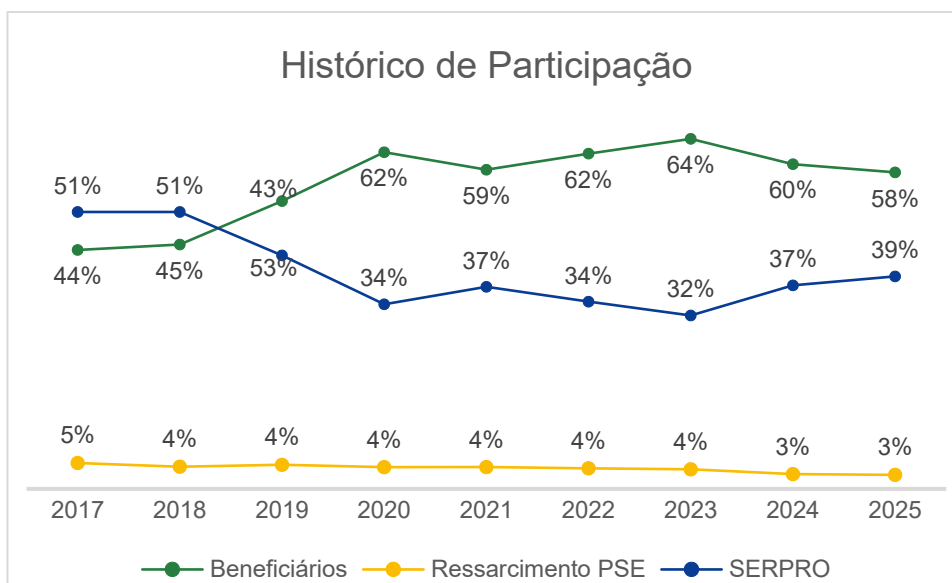
2. Apreço à CGPAR 36 (art. 3º)

2.1.1. Inciso I

O inciso orienta apresentar a participação da empresa no custeio do benefício, relativo aos custos de assistência, administrativo-operacionais ou com taxa de administração;

O presente inciso orienta demonstrar o percentual de participação da empresa. O gráfico abaixo demonstra a participação relativa no custeio dos benefícios de assistência à saúde entre os beneficiários e a empresa ao longo dos últimos nove anos. Observa-se a continuidade de comportamento em relação aos anos anteriores, com continuidade de ligeira queda da participação dos beneficiários de 60% para 58%. A participação da empresa patrocinadora aumentou de 37% para 39%. Esse movimento se justifica pelo maior valor de despesa em 2025, o que, consequentemente, aumentou o valor da participação da

empresa. Além disso, teve reajuste da mensalidade do Plano de Saúde no último trimestre de 2025, o que equilibrou um pouco a situação da distribuição da participação em relação ao ano de 2024.



Fonte: Sistema de Gestão de Pessoas – SGP e Relatório Atuarial BAS 2025

Acima expõe-se o comparativo entre as despesas totais do BAS e o custeio pelo SERPRO ao longo dos últimos nove anos (em reais). Observa-se tendência de crescimento nas despesas nos últimos cinco anos, especialmente após o menor patamar observado em 2020 (ano inicial da pandemia que inibiu a demanda por serviços de assistência à saúde naquele ano). As despesas totais alcançaram o patamar mais alto do período em 2025, totalizando R\$ 404.216.722, o que representa um aumento aproximado de 8,41% em relação ao ano anterior (2024), que somou R\$ 372.873.024. A despesa custeada pela empresa teve aumento, saindo de R\$ 139.746.082 em 2024 para R\$ 158.167.154 em 2025, um aumento de aproximadamente 13,18%.

O aumento observado dos custos totais no ano de 2025, dentre vários fatores, se deu, em especial, pelo aumento dos preços gerais deste mercado, tendo a “inflação médica” no Brasil, no período analisado,

fechado o ano entre 9,14% e 11,1%, dependendo da consultoria de benefícios (como Mercer Marsh e WTW).

2.1.2. Inciso II

O inciso orienta apresentar a evolução das receitas e dos custos do benefício para os próximos três exercícios, conforme estudo atuarial.

Abaixo apresentamos as projeções realizadas pela Consultoria Atuarial para o período 2025-2030:

Ano	Contribuições + Participação Serpro + Copar	Despesa Total
2025	299.408.499,08	404.216.722,22
2026	318.140.677,04	432.901.615,18
2027	334.454.510,47	458.792.719,85
2028	349.019.614,50	482.640.512,54
2029	362.885.068,22	506.315.773,44
2030	376.560.311,62	530.333.386,75

Fonte: Relatório Atuarial BAS 2025

Segundo os dados projetados pela consultoria atuarial, observa-se uma tendência crescente tanto nas receitas quanto nas despesas do plano entre os anos de 2026 a 2030. No entanto, o crescimento das despesas supera significativamente o aumento das receitas previstas, o que aponta para um cenário de desequilíbrio. Em 2025, por exemplo, a diferença entre receitas e despesas foi superior a R\$ 104 milhões, estando esse déficit tendendo a se ampliar ao longo dos anos. Esse panorama reforça a necessidade de adoção de medidas estratégicas voltadas à sustentabilidade do plano, como revisão de custeio, programas de promoção à saúde e aprimoramento da gestão assistencial, evitando-se o agravamento do desequilíbrio econômico-financeiro projetado. Ressalta-se que com a mudança de contratada (Grupo Fácil) e implementação de novos controles, essa defasagem entre receitas e despesas possa ser mitigada.

2.1.3. Inciso III

O inciso orienta apresentar a evolução, nos últimos quatro exercícios, dos dispêndios com os principais procedimentos assistenciais que oneraram o fornecimento do benefício.

Em face da variedade dos procedimentos existentes, agrupou-se em três categorias os serviços e procedimentos que se apresentaram como relevantes na utilização dos serviços, sejam pelos valores gastos ou pela quantidade em que estas categorias apareceram.

Abaixo, tem-se a utilização de serviços médicos e hospitalares, que se destacam e evidenciam demanda significativa dentro da rede assistencial. No ano de 2025, foram efetuados dentre os principais, 133.297 procedimentos assistenciais, totalizando um custo de R\$ 44.497.145,11.

Serviços	2021	
	Qtde	R\$
Consulta médica em consultório	109.329	11.205.648,58
Consulta médica em pronto-socorro	14.166	1.359.963,55
Diária Apartamento	6.059	3.232.352,67
Diária UTI	5.929	8.979.638,89
Facectomia com lente intraocular com facoemulsificacao	892	1.334.040,25
Total	136.375	26.111.643,94

Serviços	2022	
	Qtde	R\$
Consulta médica em consultório	113.763	12.226.594,20
Diária UTI	3.789	6.842.463,80
Diária Apartamento	6.897	3.490.513,20
Sessão de Psicoterapia individual	52.143	2.980.075,90
OPDIVO	15.436	2.765.714,40
Total	192.028	28.305.361,50

Serviços	2023	
	Qtde	R\$
Consulta	134.040	16.716.623,84
Exames Alta Complexidade (alto custo)	17.689	10.922.129,38
Exames Baixa Complexidade (baixo custo)	815.235	37.481.077,59
Internações	9.739	117.607.553,99
Terapias Alta Complexidade (alto custo)	7.762	4.664.063,04
Terapias Baixa Complexidade (baixo custo)	242.724	14.952.222,47
Total	1.227.189	202.343.670,31

Serviços	2024	
	Qtde	R\$
Consulta médica em consultório	90.905	10.575.066,89
Consulta médica em pronto-socorro	21.809	7.718.167,34
Diária Apartamento	19.739	9.473.809,11
Diária UTI	4.871	15.570.438,65
Facectomia com lente intraocular com facoemulsificacao	1.348	2.575.006,74
Total	138.672	45.912.488,73

Serviços	2025	
	Qtde	R\$
Consulta médica em consultório	94.431	11.824.373,71
Consulta médica em pronto-socorro	21.722	4.592.275,09
Diária Apartamento	11.534	11.662.772,20
Diária UTI	4.296	13.847.591,10
Facectomia com lente intraocular com facoemulsificacao	1.314	2.570.133,01
Total	133.297	44.497.145,11

Fonte 2025: Painei Financeiro de Saúde – Power BI

A distribuição quantitativa dos principais serviços utilizados pelos beneficiários em 2025 somou 133.297 eventos divididos da seguinte forma: Consulta médica com 70,84% do total, Consulta médica em pronto-socorro com 16,30%, Diária apartamento com 8,65%, Diária UTI com 3,22%, e Facectomia com lente intraocular com facoemulsificação com 0,99%.

Já distribuição financeira somou R\$ 44.497.145,11 divididos da seguinte forma: Diária de UTI com 31,12% do total, Consulta médica em consultório com 26,57%, Diária apartamento com 26,21%, Consulta médica em pronto-socorro com 10,32% e Facetomia com lente intraocular com facoemulsificação com 5,78%.

O padrão quantitativo de eventos do ano de 2025 foi similar ao ano de 2024 com exceção de Diária de apartamento que caiu 41,57% em relação ao ano de 2024 e Diária de UTI que caiu 11,80%. A redução do quantitativo de diária de apartamento pode indicar tendência de menor tempo médio de internação.

2.1.4. Inciso IV

O inciso orienta observar a exposição de eventos relevantes que ocorreram no último exercício e que oneram o custo do plano ou que venham a fazê-lo nos próximos exercícios, inclusive os decorrentes de ações judiciais.

No quadro a seguir, agrupamos o total das despesas dos 20 beneficiários que mais demandaram os serviços da rede assistencial ao longo dos últimos anos. Em 2020, esse grupo representou 9,4% da

despesa total assistencial do BAS, totalizando R\$ 19,8 milhões. Em 2021, os chamados *high-users* oneraram o benefício em R\$ 19,9 milhões, correspondendo a 8,74% do total. Já em 2022, embora o valor gasto com esse público tenha aumentado 5%, sua participação sobre o total das despesas caiu 1,4%. Em 2023, o percentual voltou a subir, representando 9,23% da despesa total. Em 2024, no entanto, observou-se uma queda na participação relativa desse grupo: a despesa dos 20 maiores utilizadores foi de R\$ 19.886.966,12, o equivalente a 6,05% do custeio assistencial, sinalizando uma possível diluição do consumo entre os demais beneficiários ou maior eficiência na gestão da rede assistencial. Em 2025, o valor de despesa desse agrupamento teve o menor valor do período com R\$ 16.188.227,04, correspondente a 8,48% do total.

Ano	Despesa	(%) sobre o total das despesas
2020	19.826.321,72	9,40%
2021	19.987.701,90	8,74%
2022	20.988.857,70	7,30%
2023	25.636.507,78	9,23%
2024	19.886.966,12	6,05%
2025	16.188.227,04	8,48%

A sinistralidade operacional da carteira considerando os Regulamentos I e II e Liminar está em 121%, considerada alta e acima da sinistralidade meta que é de 90%. A apuração da sinistralidade operacional considera os valores de despesas assistenciais (incluindo as despesas operacionais com a rede CASSI e Ressarcimento ao SUS) versus receitas.

2.1.5. Inciso V

O inciso orienta indicar as ações realizadas para o monitoramento e redução de custos do benefício.

A fim de monitorar e reduzir os custos do benefício foram adotadas as seguintes ações no período:

- Construção de painéis para controle de custos, contratos, cadastro de beneficiários, home care, vacinação, NIPs, preços e demandas da própria área;
- Construção de painel específico para monitoramento e alarme de possíveis fraudes, com resultados já verificados;
- Contratação de nova empresa para auxílio na gestão da saúde suplementar (Grupo Fácil) em substituição à anterior (QualiRede). Essa nova empresa apresenta sistemas e processos mais robustos, o que vai melhorar a verificação de procedimentos e, consequentemente, a otimização de custos.

- Continuidade do processo de credenciamento e melhoria de atendimento no intuito de qualificar a rede credenciada;
- Aprimoramento da negociação de preços junto a prestadores da rede contratada;
- Aprimoramento na gestão da cobrança;
- Ações de combate a inadimplência;
- Oferta de Telemedicina;
- Estabelecimento de plano de comunicação para esclarecer sobre a dinâmica de custeio da situação econômica e financeira do plano e promover o uso consciente;
- Estudos para o registro e oferta dos novos planos de saúde, com foco no rejuvenescimento da carteira;
- Implementação do Programa de Atenção Domiciliar (PAD) visando a otimização de recursos financeiros e a prevenção de internação hospitalar; e
- Estudos e esforços para estruturação, nos termos da RN 528/2022, da ANS, que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão para as operadoras de planos de assistência à saúde e as administradoras de benefícios.

2.1.6. Inciso VI

O inciso orienta indicar situação das garantias exigidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do plano.

A [Resolução Normativa nº 521 de 2022](#) da ANS dispõe, dentre outras coisas, sobre vinculação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar, todavia o seu art. 1º, parágrafo único, tipifica as operadoras de autogestão por RH como isentas do cumprimento da resolução em epígrafe e, consequentemente, o SERPRO está fora do escopo estabelecido no inciso VI da Resolução CGPAR nº 36.

2.1.7. Inciso VII

O inciso orienta indicar o custo do benefício no pós-emprego e estimativa de custo para os três exercícios subsequentes, quando for o caso.

O custo do benefício pós-emprego no ano de 2025 foi de R\$ 3.258.206,41. Para os próximos 3 anos a previsão se dá da seguinte maneira:

O custo do benefício no pós-emprego e estimativa dentro do BAS ocorre exclusivamente conforme as regras pré-estabelecidas no Programa de Demissão Voluntária, neste sentido, destacam-se os respectivos dados separadamente. O custo do benefício pós-emprego para o exercício de 2026 está projetado em R\$ 1.516.749. Para os exercícios subsequentes, as estimativas de custo indicam valores decrescentes, de R\$ 1.402.847 em 2027, R\$ 1.279.836 em 2028, R\$ 1.041.218 em 2029 e R\$ 10.061 em 2030, calculados com base em parecer atuarial que projeta os valores do benefício pós emprego para os próximos exercícios. Esses montantes refletem a expectativa de desembolso relacionado aos compromissos assumidos com benefícios concedidos a empregados após o encerramento do vínculo empregatício. Observa-se uma tendência de redução anual nos valores projetados, em função do encerramento de obrigações previamente pactuadas e da diminuição do número de beneficiários ao longo do tempo.

A seguir apresenta-se a projeção para os exercícios subsequentes, seguindo o que prescreve a Resolução CGPAR nº 36, art. 3º, inciso VII.

Programa	2026	2027	2028	2029	2030
Benefício Pós Emprego	R\$ 1.516.749	R\$ 1.402.847	R\$ 1.279.836	R\$ 1.041.218	R\$ 10.061

Fonte: SUPCO

2.1.8. Inciso VIII

O inciso orienta indicar a quantidade de ex-empregados que permanecem utilizando o plano arcando integralmente com seu custo, conforme legislação vigente, e, em especial, de acordo com os arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 30 de junho de 1998, bem como sua evolução nos últimos três exercícios.

A seguir detalha-se o levantamento da quantidade de ex-empregados e respectivos dependentes que permanecem no Plano de Saúde com participação temporária no custeio em virtude de programa de incentivo ao desligamento (APA e PDV) e aqueles que custeiam integralmente, conforme art. 30 e 31 da Lei 9656/98, pois não há a contrapartida do SERPRO. Verifica-se um aumento de 219 beneficiários do APA e PDV e de 1.980 beneficiários inativos no ano de 2025.

Ano	Total de beneficiários APA e PDV	Total de Beneficiários inativos custeando integral
2021	1695	4.565
2022	244	5.265
2023	39	3.228
2024	171	3.116
2025	390	5.096

2.1.9. Inciso IX

O inciso orienta indicar o *valor das multas pagas à ANS e seus principais motivos, nos últimos três exercícios.*

Elenca-se abaixo *valor das multas pagas à ANS nos últimos quatro exercícios.*

Ano de pagamento	Resumo da demanda	Quantidade	Valor
2023	Cirurgia	2	R\$ 83.247,46
	SIB - ANS	1	R\$ 20.000,00
2023 Total		3	R\$ 103.247,46
2024	Cirurgia	1	R\$ 43.790,40
	Exame	1	R\$ 47.621,00
	Medicamento	1	R\$ 38.400,00
2024 Total		3	R\$ 129.811,40
2025	Cirurgia	2	R\$ 58.426,81
	SIB - ANS	1	R\$ 24.000,00
	Terapia	1	R\$ 38.016,00
2025 Total		4	R\$ 120.442,81
Total Geral		10	R\$ 353.501,67

Nos últimos três anos houve o montante de dez multas pagas, sendo seis nos anos de 2023 e 2024 (três em cada) e quatro em 2025. Conforme a tabela acima, os casos se referem, em ordem de quantidade, a casos de cirurgia (5 casos), Dados do SIB (2 casos), e por fim, medicamento, terapia e exame (1 caso cada). No total foram pagos R\$ 353.501,67, mais de R\$ 100 mil por ano. O histórico reforça a importância de manter a conformidade regulatória e o aperfeiçoamento dos processos internos, especialmente no que se refere ao cumprimento das normas da ANS, a fim de evitar sanções que impactam financeiramente o benefício.

2.1.10. Inciso X

O inciso orienta indicar a avaliação da exposição a risco, inclusive o da sinistralidade, o atuarial e o do pós-emprego, e ações que visem sua mitigação.

O aspecto quantitativo e qualitativo da massa que compõe uma carteira são fatores que influenciam no rateio dos custos e no risco de sinistros, consequentemente sendo determinantes para os resultados, especialmente o índice de sinistralidade do benefício. O PAS-SERPRO possui uma massa estável, tendo em vista que segue o comportamento natural das autogestões - possui uma baixa taxa de rotatividade.

Em 2023, 44,32% dos participantes tinham idade a partir de 59 anos frente 43,70% em 2024, havendo um decréscimo de 0,62% no grupo etário referenciado, já em 2025 esse percentual se manteve estável em 43,4%, variação de 0,3%. Observa-se que, embora tenha havido uma leve redução na participação

do grupo etário com 59 anos ou mais entre 2023, 2024 e 2025, esse segmento continua representando a maior parcela dos beneficiários do plano. Além disso, perto da metade do total de beneficiários (49%) estão concentrados nas duas últimas faixas, com 54 anos ou mais.

Além disso, a despesa média de pais e filhos ficou abaixo do grupo total, entretanto a receita média deste grupo também ficou muito inferior ao restante do grupo total, não fazendo frente às despesas.

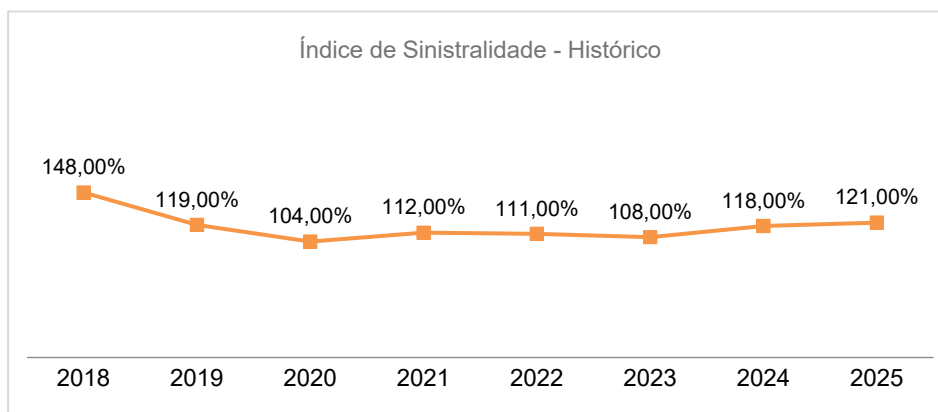
Outro ponto importante é que a avaliação atuarial e financeira demonstra que a sinistralidade total do ano de 2025 foi de 121%, ocasionando um resultado negativo de mais de R\$ 104 milhões. Nestas condições, a previsão para os próximos cinco anos continuará se elevando até atingir 125,6% em 2030.

2.1.10.1 Exposição a risco:

- Tendência de aumento da sinistralidade devido ao envelhecimento da massa de beneficiários;
- Despesas de pais e filhos maiores que as contribuições do grupo;
- Possibilidade de inclusão de novos procedimentos pela ANS e aumento de custos médicos;
- Cenário econômico da saúde suplementar (inflação saúde sempre superior à inflação oficial);
- Sensibilidade a variações cambiais (dolarização dos materiais especiais e equipamentos de saúde);
- Demora ou não autorização das contratações por parte da patrocinadora quanto aos projetos de redução de custos;
- Judicialização do setor; e,
- Aplicação de sanções pela ANS.

2.1.10.2 Avaliação da sinistralidade

Para as representações de índices de sinistralidade a seguir, considera-se a relação entre custos assistenciais e as receitas regulares, desconsiderando-se as despesas administrativas.



Fonte: Relatório Atuarial BAS 2025

A curva de sinistralidade apresentada no gráfico demonstra uma trajetória que, embora tenha iniciado com uma significativa redução entre 2018 e 2020 — passando de 148% para 104% (ano da pandemia em que a demanda pelos serviços médicos foi sobrestada —, apresenta a partir de 2021 uma tendência de crescimento contínuo (muito em função da retomada do comportamento observado no período pandêmico). Em 2021, observa-se um salto para 112%, seguido de um patamar elevado e relativamente estável nos dois anos subsequentes (111% em 2022 e 108% em 2023). No entanto, em 2024, verifica-se um novo avanço do índice, que atinge 118%, e finalmente, em 2025, chega a 121% com uma variação positiva de 3% em relação ao ano anterior. Esse movimento sinaliza uma tendência de alta recorrente, refletindo a manutenção de despesas assistenciais em níveis superiores às receitas apuradas.

2.1.10.3 Principais ações para mitigação dos riscos

- Construção de painéis para controle de custos, contratos, cadastro de beneficiários, home care, vacinação, NIPs, preços e demandas da própria área;
- Construção de painel específico para monitoramento e alarme de possíveis fraudes, com resultados já verificados;
- Contratação de nova empresa para auxílio na gestão da saúde suplementar (Grupo Fácil) em substituição à anterior (QualiRede). Essa nova empresa apresenta sistemas e processos mais robustos, o que vai melhorar a verificação de procedimentos e, consequentemente, a otimização de custos.
- Elaboração e aplicação do plano de metas anual previsto na CGPAR/ME nº 36/2022;
- Implementação de novos planos que visem proporcionar alterações na estrutura etária e de sinistralidade, com foco na sustentabilidade econômico-financeira;
- Capacitação em saúde suplementar para os empregados e empregadas que direta ou indiretamente atuam no processo;
- Implementação da Atenção Primária à Saúde - APS;
- Aumento qualificado da rede credenciada como forma de mitigação dos custos com reembolsos e taxas administrativas de reciprocidade;
- Contratação de auditoria externa especializada para avaliar a gestão e processos operacionais e de saúde, com foco na otimização de gastos e mitigação de eventuais fraudes;
- Contratação de consultoria especializada para análise e diagnóstico do atual modelo de gestão, da eficiência operacional e indicação de possível atualização do modelo de gestão e personalidade jurídica; e,
- Difusão e fomento das melhores práticas, adotando e incentivando uma cultura colaborativa na

qual seja demonstrada a importância de observação das regras e procedimentos relativos à utilização do benefício.

2.1.11 Inciso XI

Em observância ao inciso XI, apresenta-se a avaliação da composição da carteira de beneficiários, considerando a evolução percentual de idosos, a idade média dos beneficiários, a distribuição de beneficiários por faixa etária, a razão de dependência (número de dependentes dividido pelo número de titulares) e o índice de envelhecimento.

2.1.11.1 Evolução Percentual de Idosos

Houve um crescimento contínuo no número de beneficiários com 60 anos ou mais de 2018 até 2023. Em 2024, notou-se uma leve redução absoluta de idosos de 20 beneficiários e 2025 houve uma redução de 52 beneficiários, o que pode ser explicada por variações naturais ou movimentos de saída da carteira.

O índice de envelhecimento subiu de forma consistente de 237% (2018) para um pico de 333,80% (2024), e reduzindo para 283,3% em 2025..

IDADE >= 60	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	7006	7573	7965	8204	8233	8444	8424	8372
Índice de envelhecimento: (Pop ≥ 60+ / Pop 0-14)*100	237,00%	259,44%	279,47%	300,18%	316,90%	331,10%	333,80%	283,3%

Fonte dados 2025: Relatório Atuarial BAS 2025

2.1.11.2 Idade Média e Distribuição de Beneficiários

A análise da evolução da idade média dos beneficiários entre 2019 e 2025 revela um envelhecimento gradual da população vinculada ao plano de saúde. Em 2019, a idade média era de 45,6 anos, subindo de forma contínua nos anos seguintes: 46,4 em 2020, 46,7 em 2021, 47,6 em 2022 e 49,41 em 2023. Em 2024, observa-se uma leve redução, com a média atingindo 48,23 anos, entretanto em 2025 aumenta novamente para 48,9 anos. Esse movimento sugere uma tendência de envelhecimento da carteira ao longo dos anos. Tal dinâmica tem implicações importantes para a gestão do plano, especialmente no que se refere ao aumento da demanda

por serviços de saúde associados ao avanço da idade.

Quantidade de usuários por faixa etária - Carteira		
Faixa Etária	Usuários	Proporção
0 a 18	2.993	15,90%
19 a 23	667	3,54%
24 a 28	582	3,09%
29 a 33	310	1,65%
34 a 38	542	2,88%
39 a 43	1.501	7,97%
44 a 48	1.829	9,71%
49 a 53	1.120	5,95%
54 a 58	911	4,84%
59 ou +	8.372	44,47%
Total Geral	18.827	100%

Fonte: Relatório Atuarial BAS 2025

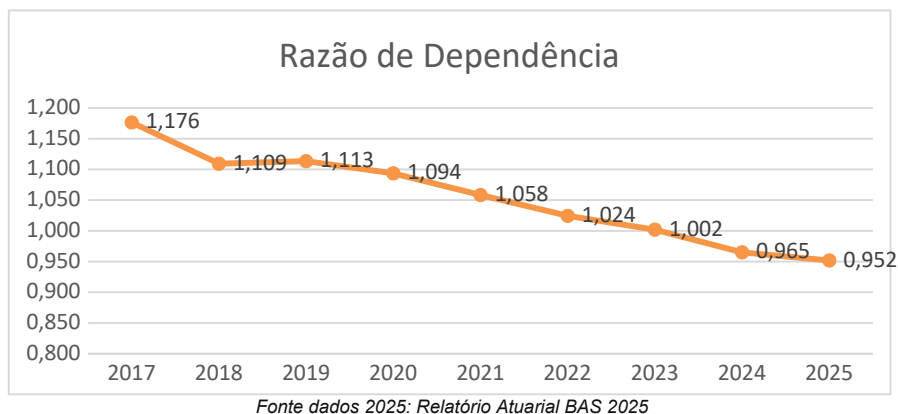
Na tabela acima é possível observar a distribuição de usuários entre as 10 faixas etárias da carteira, somando-se os dois Regulamentos e Liminar. Além disso, o percentual de idosos (beneficiários com idade a partir de 60 anos) também está acima do mercado, pois, de acordo com a Pesquisa Nacional Unidas 2025 – Base 2024, o percentual de beneficiários vinculados a autogestões com 60 anos ou mais era de 24,8%, enquanto na carteira atual (a partir de 59 anos) este percentual é superior a 44%.

A distribuição dos beneficiários por faixa etária em 2025 confirma a predominância de pessoas com 59 anos ou mais no total de vidas vinculadas ao plano, somando 8.372 beneficiários – o que representa aproximadamente 44,4% do total. Em seguida, destaca-se a faixa de 0 a 18 anos, com 2.993 beneficiários, evidenciando a presença significativa de dependentes jovens. O terceiro maior grupo concentra-se entre 44 e 48 anos, com 1.829 vidas. Esses dados, somados à idade média de 48,9 anos em 2025, reforçam a tendência de envelhecimento da carteira, ao mesmo tempo em que apontam para uma composição etária diversificada, que exige planejamento cuidadoso na gestão de recursos assistenciais e de prevenção em saúde.

2.1.11.3 Razão de Dependência

A razão de dependência identifica quantos dependentes per capita cada titular possui e é obtida através da divisão entre o total de dependentes sobre o total de titulares. A seguir apresentamos a razão apurada desde 2018. O gráfico abaixo denota que a cada ano pessoas perdem sua condição de dependência ao tempo em que novos ingressos ocorrem em frequência mais lenta que a dos vínculos extintos, motivo pelo qual o indicador estar menor a cada ano. Essa característica contribui para pressionar o risco da carteira, uma vez que, quanto mais restrito, homogêneo e envelhecido o grupo, maiores são as chances

de sinistros e mais difícil a diluição das despesas.



2.1.11.4 Índice de Envelhecimento

O índice de envelhecimento é um indicador demográfico que reflete a relação entre o número de idosos (pessoas com 60 anos ou mais) e a população jovem (pessoas com idades entre 0 e 14 anos). Esse índice tem sido monitorado pela UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, com o objetivo de compreender as transformações etárias nas carteiras de planos de saúde sem fins lucrativos.

Em 2018, o índice de envelhecimento era de 237%. Esse número atingiu 283,3% em 2025, refletindo uma tendência crescente no envelhecimento da população atendida, apesar da redução significativa em relação ao ano de 2024. Além disso, dados da UNIDAS indicam que, em 2024, operadoras de autogestão com até 20 mil vidas apresentaram um índice de envelhecimento médio de 89%, evidenciando um desalinhamento da carteira de beneficiários em relação ao índice médio de mercado para planos similares.

O cenário atual, com um índice de envelhecimento de 283,3% em 2025, reforça o alto nível de envelhecimento da carteira de beneficiários. Essa demografia implica em desafios econômicos e assistenciais, uma vez que a população idosa tende a demandar mais serviços de saúde, resultando em aumento da sinistralidade e pressão sobre o equilíbrio financeiro das operadoras.

Considerando a permanência do atual cenário, é visível a manutenção do índice de envelhecimento elevado, uma vez que não há entrada significativa de novos beneficiários jovens, essa tendência impõe desafios adicionais para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, exigindo estratégias eficazes para lidar com o envelhecimento da população atendida.

2.1.11. Inciso XII

O inciso orienta indicar a avaliação quanto à qualidade e conformidade do atendimento prestado aos empregados, evidenciando a extensão da rede credenciada e sua adequação ao público beneficiário.

Em 2025, foram registrados 8.641 atendimentos, representando uma queda de aproximadamente 1,93% em relação a 2024, que contabilizou 8.811 atendimentos. Observa-se que a quantidade de atendimento segue alinhada ao histórico, exceto o ano de 2023 que apresentou um número muito superior à média. Em 2025, a avaliação média manteve-se praticamente estável, registrando 4,69 pontos numa escala de 1 a 5. Esses resultados indicam um desempenho consistente na qualidade percebida dos atendimentos.

Classificação do Assunto	Quantidade de Atendimentos				Avaliação Média (1 - 5)			
	2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025
Geral	8.897	19.004	8.811	8.641	4,63	4,72	4,71	4,69

O Índice de Suficiência é definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e consiste em um dos itens mais importantes para a avaliação de um plano de saúde, pois mede a proporção de credenciados por cada 1 mil beneficiários, dimensionando a relação entre as necessidades de recursos para atenção à saúde dos usuários e a capacidade de atendimento da rede. Com esse dado é possível fazer uma avaliação geral da rede contratada, sinalizando se a quantidade está ou não compatível com o número de beneficiários.

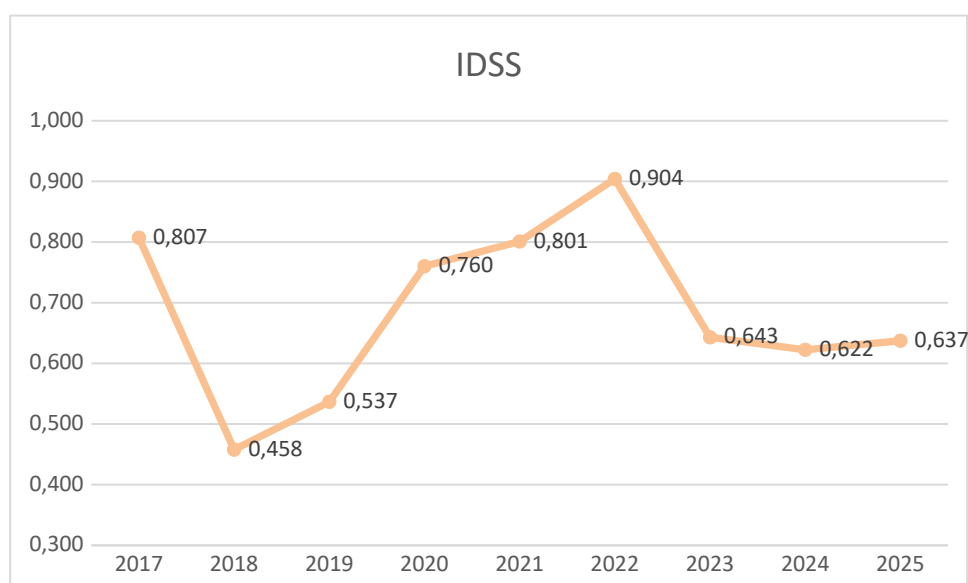
O índice de suficiência do PAS em 2025 é de 37,57, obtido pela divisão da quantidade de beneficiários (18.827) pela quantidade prestadores disponíveis (501), ou seja, tem um pouco mais de 37 operadoras credenciadas para cada 1.000 beneficiários. O PAS pratica um processo contínuo de prospecção e negociação com prestadores de assistência à saúde para qualificação e extensão da sua rede credenciada. Complementarmente, conta com o convênio de reciprocidade junto à CASSI de forma a garantir atendimento em todas as especialidades e procedimentos previstos no rol da ANS nas localidades de residência de seus beneficiários. Essa prática resulta no aumento do índice de suficiência do plano.

Além disso, nos casos excepcionais de inexistência ou insuficiência de rede credenciada ou conveniada, é ofertada modalidade de reembolso de despesas realizadas na rede particular.

2.1.12. Inciso XIII

O inciso orienta indicar a avaliação da evolução do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS obtido pela autogestão nos últimos três anos.

O IDSS é o Índice de Desempenho de Saúde Suplementar, também conhecido como a “Nota da Operadora”, sendo atribuído mediante avaliação realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que analisa dentre outros fatores a qualidade do atendimento, atenção à saúde, garantia de acesso, sustentabilidade e regulação.



Fonte dados 2025: Site ANS

O Índice de Desempenho de Saúde Suplementar (IDSS) varia de zero a um. Os valores próximos a 1 (um) indicam que a atuação da operadora está em conformidade com o estabelecido pela ANS. Valores próximos a 0 (zero) indicam que a atuação da operadora está distante do esperado pela agência.

Em 2025, o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) do PAS/SERPRO registrou uma leve melhora em comparação ao ano anterior. O índice passou de 0,6224 em 2024 para 0,6374 em 2025, representando um aumento de 2,41%.

Ressalta-se que a queda do índice verificada em 2023, e manutenção de patamares em menor valor, está em grande parte justificada por limitações do sistema da Contratada (QualiRede) que não fornecia todos os dados necessários para o cálculo da pontuação do indicador, apesar de o plano atender os requisitos. Dessa forma, espera-se que a partir da contratação da nova empresa (Grupo Fácil), este indicador tenha considerável alta para as próximas medições.

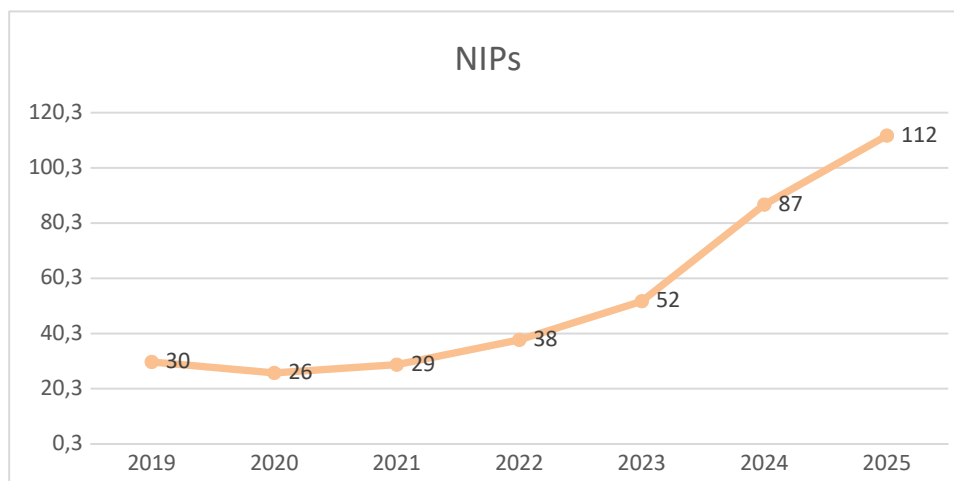
2.1.13. Inciso XIV

O inciso orienta indicar a avaliação qualitativa e quantitativa das reclamações registradas na ANS relativas à autogestão, bem como sua evolução nos últimos três anos.

A Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) é um recurso administrativo adicional disponibilizado pela ANS com o objetivo de promover a solução consensual dos conflitos entre beneficiários e operadoras, atuando como uma instância prévia à judicialização.

A Resolução Normativa nº 458, de 2022, da ANS, em seu art. 10, incisos I e II, estabelece o prazo de atendimento das NIPs em 5 dias úteis para demandas assistenciais (como cobertura de procedimentos, atendimentos de emergência e urgência) e em 10 dias úteis para demandas não assistenciais (como cadastro, reembolso, entre outros). Todas as notificações recebidas pelo PAS foram respondidas dentro dos prazos normativos, sem registro de perda de prazo de atendimento.

Apresenta-se, a seguir, a quantidade de NIPs tratadas nos sete últimos exercícios, com destaque para a evolução nos quatro anos mais recente (2022 a 2025), período em que se observa um crescimento significativo nas demandas mediadas pela ANS, acompanhado de atuação eficaz por parte do plano:



Fonte dados 2025: Site ANS

Entre 2022 e 2025, o número de notificações aumentou substancialmente, passando de 38 para 112 ocorrências, o que representa um crescimento de aproximadamente 195%. Em 2025, do total de 112 registros, 36 foram de reembolso, 23 de cirurgia, 21 de procedimentos/exames, 15 de OPME - Materiais, 5 de medicamentos, 4 relacionados a financeiro, 4 de terapias, 3 de cadastro, 1 de home care e 1 de outros assuntos. Esse aumento pode estar relacionado à ampliação do uso do canal da ANS pelos beneficiários, maior conhecimento sobre seus direitos, falha de comunicação ou nos fluxos internos de registro e resposta às demandas. Ainda assim, o PAS manteve seu compromisso com o cumprimento

dos prazos estabelecidos, demonstrando agilidade e eficiência na mediação com a agência reguladora.

2.1.14. Inciso XV

O inciso orienta indicar *a quantidade e tipificação dos atendimentos prestados pelo Sistema Único de Saúde a beneficiários vinculados à autogestão, bem como demonstração da realização do ressarcimento devido legalmente.*

O ressarcimento SUS é uma obrigação legal das operadoras privadas em ressarcir ao Sistema Único de Saúde eventuais utilizações de serviço na rede pública por seus beneficiários.

A seguir apresentamos os valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde - SUS referente aos beneficiários vinculados ao PAS-SERPRO, bem como a numeração dos Avisos de Beneficiários Identificados (ABI).

ABI	Valor	Data
ABI 100	R\$ 48.764,04	19/02/2025
ABI 101	R\$ 26.748,07	03/06/2025
ABI 102	R\$ 45.450,07	01/09/2025
ABI 103	R\$ 99.011,33	02/12/2025
Total	R\$ 219.973,51	

No ano de 2025 foi ressarcido ao SUS um valor próximo de 220 mil reais, divididos em quatro ABIs, conforme quadro acima.

3.Considerações Finais

O Benefício de Assistência à Saúde do Serpro tem traços peculiares historicamente construídos, cuja concepção ocorreu em um contexto específico, em um cenário incipiente de formação do mercado privado de saúde nacional. Gradativamente ocorreram marcos legais que trouxeram a este segmento novas e imprevisíveis variáveis e consequentes impactos administrativos e financeiros. O modelo vigente do PAS SERPRO, quando instituído em 2004, rompeu disfunções do modelo de custeio vigente até então para adequar-se às novas regras e realidade do mercado de saúde, sempre buscando o equilíbrio econômico-financeiro e a qualidade dos serviços prestados aos seus beneficiários.

O PAS SERPRO é um benefício único, formado pelo conjunto dos grupos I, II e Liminar e como qualquer plano de assistência à saúde é mutualista, sendo o ideal a composição de uma massa heterogênea no aspecto idade, que permita formação de uma pirâmide etária com a maioria das vidas nas faixas de baixa sinistralidade de forma que se tenha a diminuição do risco e diluição dos custos entre os participantes.

Os Grupos II e PAS-Liminar, são basicamente formados por pessoas com idade acima de 59 anos e naturalmente esta característica pressiona a sinistralidade geral do benefício, somados ainda os beneficiários acima de 59 anos no Grupo I (ativos). É necessária atenção especial ao PAS-Liminar, que além da questão etária, possui regra de financiamento bastante subdimensionada em relação à forma de custeio praticada para os participantes dos Grupos I e II. Neste contexto, em 2025, a sinistralidade operacional do Grupo I atingiu 105%, do Grupo II 138% e do Pas Liminar 2.687%. Além dos reajustes dos serviços de saúde, houve a necessidade de suplementação por parte da empresa.

O número de beneficiários em 2025 continuou a tendência de queda da última década, após ligeiro aumento em 2024. Além disso, a despesa do plano continua em crescimento em virtude da inflação do setor e sinistralidade operacional alta, que atingiu 121% de maneira global. Nesse cenário, a empresa continua tendo que suplementar recursos, além da participação regulamentar. Alinhado a isso, o índice de envelhecimento, apesar de ter tido queda em 2025, continua em patamares acima da média de mercado, marcando 283,3% contra uma média de mercado para operadoras do mesmo porte de 89%.

Em contrapartida, para mitigar o cenário acima exposto, como medidas para diminuir a despesa, foram construídos painéis para monitoramento de custos, contratos, cadastro de beneficiários, home care, vacinação, notificações de intermediação preliminar (NIPs), demandas internas, preços e de prevenção de fraudes, este último já com resultados obtidos. Além disso, em 2026 foi efetuada a troca da empresa contratada para auxílio na gestão da saúde suplementar. A nova empresa apresenta processos mais

robustos de controle, o que deve contribuir para a redução de custos por meio de melhor verificação de procedimentos e solicitações, o que deve diminuir a probabilidade de erros e fraudes.

O dispêndio do Serpro no custeio do plano em 2025 foi de aproximadamente 39%, percentual que está atendendo o limite estabelecido pela CGPAR 52, que é de 70%. Apesar das características estruturais mencionadas acima, o PAS/Serpro se apresenta com margens orçamentárias sob controle no que concerne aos limites de custeio, já que a participação da estatal, mesmo com as suplementações, não excedendo a participação dos beneficiários.

Por fim, salienta-se que o Serpro carrega em sua cultura a seriedade requerida para atuação estatal, essa afirmativa se confirma na sua relevância para a democracia, governança e transformação digital do estado brasileiro. É neste contexto que declara compromisso incansável com a manutenção e melhoria deste imprescindível benefício aos empregados e seus dependentes, com a gestão eficiente dos recursos públicos, manutenção do equilíbrio econômico-financeiro e cada vez mais sua aderência às boas práticas de gestão e legislações norteadoras.