

EBOOK ESTRATÉGICO · ALTA GESTÃO

PARA CEOS, CFOS, CHIEF MEDICAL OFFICERS, CHIEF RISK OFFICERS E
CONSELHOS DAS MAIORES OPERADORAS DE SAÚDE BRASILEIRAS E GLOBAIS

O Sinistro que se *Calcula.*

Como a Criptografia Totalmente Homomórfica permite à operadora cruzar dados com hospitais, farmácias e prestadores — sem nunca decifrar o paciente — e finalmente fazer value-based care funcionar.

VOLUME I · EDIÇÃO 2026 · CONFIDENCIAL

O que você vai *ler*.

00 Sumário Executivo

O argumento em uma página

I A Operadora como Apólice de Dado

Por que a operadora virou um dos maiores agregadores de dado clínico do país

II O Cerco Regulatório

LGPD, ANS, CNS e o passivo crescente

III FHE em Linguagem Executiva

IV Casos de Uso

VBC, fraude, atuária, cruzamento, autorização, telemedicina

V A Economia da Operadora que Não Vê

VI Vantagem Competitiva

VII Roadmap de 24 Meses

VIII Riscos e Armadilhas

IX Manifesto

· Apêndices

O argumento em *uma* página.

Se você só vai ler uma coisa deste eBook, leia isto.

A operadora de saúde está no centro do problema mais antigo e mais difícil da indústria: como remunerar prestador por valor, e não por procedimento, sem comprometer a privacidade do beneficiário. Toda a discussão de value-based care, todo o arsenal de gestão de sinistros, toda a sofisticação atuarial da última década esbarra no mesmo obstáculo: para tomar decisões boas, a operadora precisa cruzar dados que vivem em silos diferentes (hospital, farmácia, lab, clínica) e que nenhuma das partes pode entregar nominalmente sem violar regulação ou criar disputa contratual.

O resultado é uma indústria que opera, simultaneamente, sob excesso e escassez de dado. Excesso, porque cada operadora acumula em seus sistemas anos de claims, autorizações, relatórios, custos. Escassez, porque a maior parte desse dado é estruturalmente inutilizável fora do silo onde foi gerado — para cruzamento real, é preciso incluir hospital e farmácia, e cada cruzamento exige meses de DUA, parecer jurídico e desconfiança contratual.

1

VBC TRAVA SEM CRUZAMENTO

Pagar por desfecho exige saber o desfecho.
Saber o desfecho exige cruzar com hospital.
Cruzar exige confiança que hoje não existe.

2

FRAUDE ESTRUTURAL

Estimativa setorial: 6-10% das despesas médicas é fraude ou desperdício. Combate exige cooperação entre operadoras — hoje impossível.

3

ATUÁRIA CEGA

Modelos de risco dependem de dado clínico real. Hoje atuários trabalham com proxies

4

FHE MADURO

Casos de uso já em produção em payors europeus. Tecnologia é viável dentro do

pobres porque não podem ver dado individual.

orçamento de TI de qualquer operadora top 20.

FHE — Criptografia Totalmente Homomórfica — destrava todos esses casos. Permite à operadora cruzar com hospital sem que nenhum lado veja o paciente individual. Permite consórcios anti-fraude entre operadoras concorrentes. Permite que atuários trabalhem com dado clínico real cifrado. Permite contratos de value-based care que funcionam de verdade.

“A próxima década do mercado de saúde suplementar será definida por quais operadoras conseguirem operar sobre dado cruzado sem violar a privacidade de quem confia nelas com a parte mais íntima da vida.”

A DECISÃO

A pergunta para o conselho não é "se" investir em arquitetura de dado defensável. É "quem na sua categoria vai liderar — e qual o custo de descobrir que foi outro".

A Operadora como *Apólice de Dado*.

A operadora moderna acumula um dos maiores ativos de dado clínico do país — e quase tudo desse ativo está paralisado pelas regras que ela mesma respeita.

Toda operadora de saúde brasileira que opera em escala nacional tem, em seus sistemas, anos de histórico de cada beneficiário. Procedimentos autorizados, internações, cirurgias, exames, consultas, medicamentos de alto custo, complicações, óbitos. Esse acervo, em volume e granularidade, é mais rico do que qualquer base equivalente em pesquisa pública. É também o ativo central para qualquer projeto sério de gestão de risco, atuária preditiva, ou value-based care.

E é, na maioria das operadoras, parcialmente paralisado. A regulação proíbe (com razão) usos secundários sem base legal robusta. O jurídico interno opera sob lógica de minimização absoluta. Cada projeto novo de uso de dado precisa passar por meses de revisão. Cada cruzamento com hospital ou farmácia exige DUA negociado bilateralmente. O resultado é uma indústria que tem os melhores dados clínicos do país e os usa apenas marginalmente.

Os ativos invisíveis da operadora

ATIVO	O QUE É	POR QUE É ÚNICO
Histórico longitudinal de beneficiário	Anos de uso de saúde com contexto financeiro	Nenhum hospital tem essa visão temporal completa
Cadeia de cuidado	Sequência de prestadores e procedimentos por episódio	Permite ver "jornada" do paciente
Custos reais	Preço efetivamente pago por cada serviço	Único ator com visão total de custo
Comportamento prescritivo	Quem prescreve o quê, com qual padrão	Material para benchmark de qualidade
Eventos adversos por região	Concentração de complicações por área	Sinal precoce que outros não têm
Fraude e desperdício	Padrões anômalos de uso	Difícil de combater sozinho

O que mudou na cadeia de valor

A operadora sempre foi intermediária financeira entre beneficiário e prestador. O que mudou nos últimos dez anos é que essa intermediação virou também uma operação de dado em escala industrial. Cada autorização gera um evento. Cada conta médica gera dezenas. Cada exame gera resultado. Em alguns segmentos (oncologia, terapias avançadas, doenças raras), o volume de dado por beneficiário rivaliza com o de um hospital.

Operadoras começaram a investir em IA para autorização, em modelos atuariais avançados, em telemedicina própria, em programas de gestão de doenças crônicas. Cada uma dessas operações aumenta o valor potencial do dado e simultaneamente aumenta a exposição regulatória.

O PROBLEMA SILENCIOSO

A operadora opera cruzamentos com hospital e farmácia que ANS e ANPD vão, em poucos anos, considerar problemáticos. Os contratos atuais funcionam apenas porque ninguém ainda foi seriamente fiscalizado. Isso vai mudar.

“A pergunta para o conselho da operadora não é se a arquitetura atual é sustentável. É quanto tempo falta até a primeira investigação pública mudar o setor.”

O Cerco *Regulatório*.

Operadora vive sob três camadas regulatórias simultaneamente: ANS (regulador setorial), ANPD (regulador de dado) e CNS (regulador de pesquisa clínica quando aplicável). As três estão apertando.

A ilusão confortável que parte da diretoria de operadora sustenta é que a regulação que importa é a da ANS, e que LGPD é assunto de DPO. Isso era verdade em 2020. Não é mais. A interseção entre ANS, ANPD e regulação clínica está virando o terreno mais complexo de toda a operação.

LGPD e o artigo 11

Dado de saúde é categoria especial. Operadora é, do ponto de vista da LGPD, controlador. Cada cruzamento com hospital, farmácia ou prestador precisa de base legal específica. As exceções para "tutela da saúde" são interpretadas estreitamente. Em 2025 a ANPD começou investigações formais contra operadoras sobre uso de dado para telemedicina e gestão preditiva.

ANS e a tensão estrutural

A ANS quer transparência, qualidade, controle de fraude, value-based care, redução de glosa. Tudo isto exige mais uso de dado, mais cruzamento. A LGPD quer minimização. As duas regulações puxam em direções opostas. Operadoras vivem essa tensão sem ferramenta técnica para resolvê-la — até agora.

HIPAA e a obsolescência da anonimização

Operadoras com operação americana (United, Cigna, Aetna) vivem sob HIPAA. Defesa tradicional: Safe Harbor de-identification. Já invalidada por re-identificação. HHS abriu múltiplas investigações.

EHDS e o padrão europeu emergente

EHDS — European Health Data Space — vai exigir capacidade técnica de privacy-preserving analytics. Define padrão técnico que reguladores mundo inteiro vão adotar nos próximos cinco anos.

A virada conceitual

“Não basta política. É preciso prova técnica de que dado individual não pôde ter sido visto.

”

FHE deixa de ser curiosidade técnica e vira ferramenta de defesa estrutural. Operadora que processa dado sob FHE pode demonstrar à ANS, à ANPD, ao beneficiário e ao parceiro hospital que dado individual nunca foi acessível.

O custo de não agir

RISCO	PROBABILIDADE 5 ANOS	IMPACTO
Multa LGPD por cruzamento sem base legal	Alta	2% do faturamento ou R\$ 50M+
Investigação ANPD por falha em vendor	Média-alta	Reputação + remediação cara
Class action por exposição de prontuário	Média	Centenas de milhões
Obrigação ANS de transparência impossível sem FHE	Média	Custo de implementação de emergência
Crise reputacional pós-breach	Baixa-média	Perda de carteira premium

FHE em Linguagem *Executiva*.

Sem matemática. O que a diretoria precisa entender.

Cofre transparente. Você vê que há algo dentro, não vê o que é. Manipula o conteúdo de fora — soma, multiplica, compara, computa modelos atuariais inteiros — sem nunca abrir. Devolve fechado. Apenas o dono da chave abre. Isto é FHE.

O salto conceitual

Toda criptografia atual protege dado em trânsito (TLS) e em repouso (AES). O terceiro estado — dado em uso, durante processamento — sempre exigiu plaintext. É nesse instante que vendor de IA precisa ver os dados de beneficiários. É onde o sistema atuarial roda sobre milhões de claims em claro. É onde o cruzamento com hospital expõe ambos os lados. **FHE elimina o terceiro estado.**

Como funciona

ANALOGIA PARA A OPERADORA

A operadora cifra os dados de seus beneficiários com chave própria. Envia a base cifrada para um servidor neutro (vendor de atuária, parceiro hospital, plataforma de gestão). Esse servidor — que nunca recebe a chave — executa todo o cálculo (modelagem de risco, scoring, identificação de outlier) sobre as cifras. Devolve o resultado cifrado. Apenas a operadora abre. Em nenhum momento o vendor ou o parceiro viu beneficiário individual.

FHE vs alternativas

TECNOLOGIA	PROMETE	FALHA
Anonimização	"Removemos identificadores"	Re-identificação trivial via cruzamento
TEE	"O chip isola"	Confia no fabricante; ataques laterais
Federated Learning	"Dados ficam locais"	Gradientes vazam dados individuais
Differential Privacy	"Adicionamos ruído"	Ruim para decisão sobre beneficiário individual
FHE	"Servidor nunca vê em claro"	Custo computacional alto — mas decrescente

O mito do custo

Para uma operadora top 20 com receita acima de R\$ 5B, o investimento total em FHE fica abaixo de 0,3% do orçamento de TI. É menos do que muitas operadoras gastam em uma única migração de sistema de autorização. E o caso típico fecha apenas com um único contrato bem-sucedido de value-based care.

Casos de Uso por *Linha*.

VBC, fraude, atuária, cruzamento, autorização, telemedicina.

Value-based care que finalmente funciona

VBC é a obsessão da década, e o motivo central pelo qual ela quase nunca funciona é simples: contrato baseado em desfecho exige acompanhar o beneficiário ao longo do tempo, em múltiplos prestadores, com transparência mútua. Operadora precisa saber o desfecho clínico para pagar; hospital precisa garantir que a operadora não vai usar os dados para glosa indireta; beneficiário precisa ter privacidade respeitada. As três exigências, na arquitetura tradicional, são incompatíveis.

Sob FHE: operadora cifra a base de claims, hospital cifra a base de desfecho clínico, ambos contribuem para um servidor neutro que computa o cruzamento e devolve apenas a métrica de desfecho agregada (taxa de complicação, readmissão, sobrevida). Pagamento é executado sobre a métrica. **Nenhum lado precisa ver o dado individual do outro.**

Combate colaborativo a fraude

Fraude e desperdício custam ao setor entre 6% e 10% das despesas médicas — bilhões anualmente. O combate eficaz exige cooperação entre operadoras concorrentes: detectar prestadores que faturam o mesmo procedimento em múltiplas operadoras, beneficiários com padrão de uso anômalo, médicos com taxa de prescrição fora do padrão. Hoje essa cooperação é estruturalmente impossível — operadoras concorrentes não compartilham por motivo competitivo e legal.

Sob FHE com Private Set Intersection (PSI): operadoras cifram listas de prestadores, beneficiários ou padrões, descubrem **apenas a interseção**. Sem revelar bases. **Isto destrava bilhões em economia setorial que hoje literalmente não existe.**

Atuária preditiva sobre dado clínico real

Atuários hoje trabalham principalmente com dado financeiro e proxies de saúde (demografia, plano contratado, histórico de uso). Não trabalham com prontuário porque é juridicamente proibido. Sob FHE, modelos atuariais podem rodar sobre dados clínicos cifrados — incluindo dados que vêm do prontuário do hospital. **Precificação de risco fica drasticamente mais precisa**, e a operadora deixa de subsidiar carteiras ruins com carteiras boas.

Cruzamento com farmácia para gestão de adesão

Operadora quer saber se beneficiário crônico está aderindo ao tratamento. Farmácia sabe. Cruzar nominalmente é juridicamente complexo. Sob FHE: ambos cifram, o sistema de gestão de adesão roda sobre o cruzamento cifrado, devolve alertas de não-adesão sem que nenhum lado veja o beneficiário individual. Operadora intervém (ligação, lembrete, oferta de teleconsulta). Resultado: **internações evitadas e custo reduzido**.

Autorização inteligente com proteção do beneficiário

Autorização de procedimento de alto custo é o ponto de maior atrito da operação. Modelos preditivos podem ajudar a decidir, mas exigem dado individual em claro. Sob FHE, o modelo de autorização roda sobre dados cifrados do beneficiário, e a decisão é gerada sem que o sistema central veja a história clínica individual. **Auditoria fica mais robusta** porque o processo é matematicamente verificável.

Telemedicina própria

Operadoras estão investindo em telemedicina interna como diferencial competitivo e mecanismo de custo. Toda essa operação envolve dado clínico do beneficiário trafegando em sistemas próprios. Sob FHE, o histórico do beneficiário fica cifrado, e o profissional vê apenas o necessário para a consulta — sem persistência em sistemas centrais.

RWE para parceria com pharma

Operadora tem dado de uso real de medicamento que pharma daria muito para ter. Hoje, esse mercado é parcial e juridicamente frágil. Sob FHE, operadora pode oferecer "consulta cifrada" como produto:

pharma envia query, operadora computa sobre base cifrada, devolve estatística agregada. **Mercado novo de receita recorrente.**

Vigilância de qualidade entre prestadores

Operadora quer comparar qualidade entre hospitais credenciados — taxa de reinternação, complicação, mortalidade ajustada. Hospitais resistem porque temem ranking público. Sob FHE: hospitais cifram, agregador computa percentis, cada hospital vê sua posição relativa sem ver os números absolutos dos outros. Operadora ganha visão de qualidade real para decisões de credenciamento.

A Economia da *Operadora que Não Vê.*

Capex inicial

COMPONENTE	INVESTIMENTO
Time fundador (cripto + ML + atuária + jurídico)	R\$ 5M – 8M / ano
Licenças	R\$ 300k – 1M / ano
Infra computacional	R\$ 2M – 4M inicial
Consultoria estratégica	R\$ 1M – 2.5M
Estudo regulatório	R\$ 500k – 1.5M
Integração com sistemas de autorização, claims, atuária	R\$ 2M – 5M
Total ano 1	R\$ 11M – 20M

Opex anual

ITEM	ESTIMATIVA
Compute	R\$ 2.5M – 6M
Time de manutenção	R\$ 4M – 7M
Auditoria	R\$ 600k – 1.5M
Opex anual estabilizado	R\$ 7.1M – 14.5M

O retorno — seis vetores

1. Redução de fraude e desperdício

6-10% das despesas médicas é fraude/desperdício. Para operadora com R\$ 5B em sinistralidade, isto é R\$ 300-500M de exposição anual. Captura via PSI inter-operadoras: **R\$ 50-150M anuais**.

2. VBC funcional

Contratos VBC bem implementados reduzem custo total em 8-15%. Para operadora top 20: **R\$ 100-400M anuais em cinco anos**.

3. Atuária mais precisa

Modelos atuariais sobre dado clínico real reduzem subsídio cruzado entre carteiras. Estimativa: **R\$ 30-100M anuais**.

4. Adesão a crônicos

Internação evitada por melhor adesão: cada paciente crônico em adesão vale R\$ 500-2000/ano. **R\$ 50-150M anuais**.

5. RWE para pharma

Receita nova recorrente: R\$ 30-100M anuais.

6. Redução de risco regulatório

Hedge: R\$ 20-80M de valor segurador.

Caso de negócio

~R\$ 15M

INVESTIMENTO ANO 1

~R\$ 11M

OPEX ANUAL ESTABILIZADO

R\$ 500M+

VALOR HABILITADO EM 5 ANOS

30x–50x

ROI ESPERADO EM 5 ANOS

“Para qualquer operadora top 20, FHE é o investimento de transformação digital com maior assimetria de retorno disponível em 2026.”

Vantagem Competitiva e Posicionamento.

A indústria de saúde suplementar é dominada por consolidação e busca incessante de redução de sinistralidade. Vence quem opera mais barato. FHE não muda essa lógica fundamental — mas permite reduzir sinistralidade de uma forma que os competidores não conseguem replicar.

Os três posicionamentos possíveis

Posicionamento 1 — A Operadora que Lidera em VBC Real

Foco em contratos baseados em desfecho que de fato funcionam. Posicionamento como "a operadora que paga prestador por valor entregue, comprovado, sem expor beneficiário". Funciona melhor para operadoras com forte presença em corporativo.

Posicionamento 2 — A Operadora que Defende o Beneficiário

Foco em comunicação direta com beneficiário premium. Programa público sobre proteção de dado. Posicionamento como "a operadora que você confia". Funciona para operadoras de carteira média-alta e premium.

Posicionamento 3 — A Articuladora Setorial Anti-Fraude

Foco em construir consórcio anti-fraude com outras operadoras. Captura papel de articulador, ganha visibilidade na ANS, transforma narrativa setorial. Funciona para operadoras top 5 com músculo político.

O custo de não posicionar

O cenário a explicitar: o que acontece se nenhuma das grandes operadoras adotar FHE estruturalmente nos próximos 36 meses? Resposta: **healthtechs vão capturar o espaço**. Plataformas de gestão de risco

baseadas em FHE vão emergir, oferecendo serviço a operadoras menores e drenando margem das grandes. Em cinco anos, a posição estará tomada.

Roadmap de *24 Meses*.

01

MESES 1-6 · APRENDER

Fundação e capacidade

Contratar cripto-engenheiro fundador ou parceria com consultoria. Identificar três casos de uso (recomendação: VBC piloto, fraude colaborativa, adesão crônicos). Alinhar com jurídico e DPO.

02

MESES 7-14 · CONSTRUIR

Piloto interno

Construir um caso de uso ponta a ponta. Recomendação: VBC piloto com um único hospital parceiro de confiança. Validar latência, integração com TASY/MV, governança de chave.

03

MESES 15-20 · PRIMEIRA COLABORAÇÃO

Estudo conjunto com hospital

Lançar primeiro contrato VBC ou cruzamento com prestador usando FHE. Marketing dirigido a HR de cliente corporativo. Pricing premium versus produto tradicional.

04

MESES 21-24 · CAPACIDADE INSTITUCIONAL

Adoção como pilar

Múltiplos contratos sob FHE. Possível primeiro consórcio anti-fraude com outras operadoras. Comunicação pública estruturada.

Riscos, Mitigações e Armadilhas.

1 · Não conseguir contratar talento

Alta probabilidade. **Mitigação:** parceria com consultoria especializada.

2 · Resistência do hospital parceiro

Hospitais resistem a colaborar com operadora mesmo sob FHE — desconfiança histórica. **Mitigação:** começar com hospital onde já há relação de confiança e contrato VBC em curso.

3 · Integração com sistemas legados

Operadora típica opera dezenas de sistemas. **Mitigação:** integrar apenas o necessário para o primeiro caso.

4 · Concorrente operadora não topa consórcio anti-fraude

Operadoras concorrentes podem resistir mesmo sob FHE. **Mitigação:** começar com operadoras menores onde o ganho é maior. Bigger players seguem depois.

5 · ANS interpretar como excesso de coleta

Pouco provável, mas possível. **Mitigação:** engajar ANS desde o início.

Armadilha 1 · Tratar como projeto de TI

FHE deve reportar a Chief Medical Officer ou Chief Risk Officer, não CIO.

Armadilha 2 · Começar pelo VBC ambicioso

VBC com múltiplos hospitais simultaneamente é politicamente complexo demais para começar. Começar com um hospital, validar, expandir.

Armadilha 3 · Subestimar relação com hospital parceiro

FHE reduz fricção técnica, não fricção humana. Relação com hospital precisa ser cultivada em paralelo.

Uma carta para a próxima década da *saúde suplementar*.

Para os CEOs, Conselheiros e Chief Medical Officers das operadoras que ainda podem escolher liderar.

A operadora que vocês lideram foi construída sobre uma promessa antiga: a de que é possível organizar o cuidado de saúde de uma forma que combine acesso, qualidade e sustentabilidade financeira. Que o intermediário entre paciente e prestador, quando bem operado, melhora a experiência de todos. Que o beneficiário que confia sua saúde a uma operadora está fazendo um pacto razoável: eu pago, você gerencia, e se eu ficar doente, você cuida.

Essa promessa atravessou décadas. Sobreviveu à crise de credibilidade dos anos 90, à regulação da ANS, à consolidação dos anos 2000, à pressão regulatória dos últimos dez anos. Sobreviveu porque era — e em grande parte ainda é — verdadeira. Os beneficiários que escolhem uma operadora premium em vez de outra fazem isso, no fundo, por confiança institucional na promessa de cuidado.

Mas nos últimos quinze anos, sem que ninguém tenha decretado, a relação entre operadora e beneficiário mudou de natureza. O beneficiário deixou de ser quem assina o contrato e usa quando precisa. Tornou-se uma fonte contínua de dado clínico, comportamental, financeiro. Cada uso de saúde gera registros. Cada autorização gera análise. Cada hospital credenciado adiciona uma camada de cruzamento que ninguém individualmente consegue auditar.

É possível voltar atrás sem perder os benefícios. FHE permite continuar fazendo VBC, atuária preditiva, gestão de adesão, combate à fraude — **sem nunca decifrar o beneficiário individual**. É possível continuar fazendo tudo o que a operadora moderna precisa fazer. É possível fazê-lo enquanto a instituição mantém, com prova matemática, que cada beneficiário foi respeitado.

O que está em jogo não é uma feature técnica. É a possibilidade de a operadora voltar a ser, sem ambiguidade, o que ela sempre disse ser: uma instituição que cuida de pessoas em momento de vulnerabilidade, com competência financeira e respeito clínico.

*“Em três anos, alguma operadora vai liderar.
A pergunta é se será a sua, ou aquela para
quem você terá que olhar como referência.”*

Há uma janela. É curta. É real. Quem ler este eBook tem em mãos um mapa. O resto é coragem.

Glossário *Executivo*.

FHE

Criptografia que permite computar sobre dados cifrados sem decifrá-los.

PSI — PRIVATE SET INTERSECTION

Permite duas operadoras descobrirem prestadores ou beneficiários em comum sem revelar bases. Caso central para fraude colaborativa.

VBC — VALUE-BASED CARE

Modelo de remuneração por desfecho clínico em vez de procedimento.

RWE — REAL WORLD EVIDENCE

Evidência clínica derivada de dado de uso real.

LGPD ART. 11

Categoria especial — saúde.

ANS, ANPD, CNS

Os três reguladores convergentes que a operadora precisa atender.

THRESHOLD CRYPTOGRAPHY

Distribuição de chave entre múltiplas partes com quórum.

LATTIGO, OPENFHE, CONCRETE

Principais bibliotecas FHE.

Fornecedores e *Parceiros*.

VENDOR	FOCO
Tune Insight	Lattigo, foco em saúde multi-instituição
Owkin	FL+FHE para pesquisa clínica
Inpher	FHE+MPC para finanças e saúde — historicamente forte em payors
Duality	OpenFHE
Zama	Concrete
Stickybit	Boutique técnica brasileira

30 Perguntas para o *Chief Medical Officer e CFO.*

Estratégia

1. Quem entende criptografia avançada na nossa empresa?
2. Qual exposição atual a tratamento de dado de beneficiário?
3. Quantos venders externos têm acesso técnico?
4. Inventário de quais dados cruzamos com hospital/farmácia hoje?
5. Parecer jurídico sobre sustentabilidade da arquitetura?

Casos prioritários

6. Quais contratos VBC estão hoje paralisados por incapacidade técnica?
7. Quanto perdemos por ano com fraude que não conseguimos combater sozinhos?
8. Quanto subsídio cruzado entre carteiras existe por atuária imprecisa?
9. Quantas internações evitáveis aconteceram por má adesão?
10. Quais parcerias com hospital estão hoje frágeis?

Técnica

11. Esquema FHE para nosso primeiro caso?
12. Latência aceitável?
13. Como integramos com sistemas de autorização, claims?
14. Como gerenciamos chaves entre operadora, hospital, beneficiário?
15. Threshold cryptography compatível?

Custo

16. Custo por análise FHE vs plaintext?
17. Construir interno ou via vendor?
18. Capex e opex 24 meses?
19. Sponsor C-level confirmado?

Regulação

20. Conformidade LGPD, ANS demonstrável?
21. DPO engajado?
22. Diálogo com ANS e ANPD?
23. Comunicação ao beneficiário?

Comercial

24. Hospitais topam VBC sob FHE?
25. Outras operadoras topariam consórcio anti-fraude?
26. Pharma topa pagar por RWE FHE?
27. Pricing diferenciado para serviços sob FHE?
28. Como vamos comunicar publicamente?
29. Estudo de caso interno?
30. Pior cenário se concorrente anuncia primeiro?



O Sinistro que se Calcula

eBook estratégico para a alta gestão de operadoras de saúde.

Volume I · Edição 2026 · Distribuição confidencial.

Composto em Iowan Old Style e SF Pro.

— fim —