

Por Juliana Santos

Com perdas estimadas em até R\$ 34 bilhões, operadoras investem em IA e automação para reduzir custos, evitar irregularidades e escalar o atendimento com mais eficiência

Em 2025, as fraudes e os desperdícios continuam drenando cerca de 10% das receitas das operadoras de planos de saúde no Brasil, segundo levantamento da PwC Brasil. Práticas como uso indevido de carteirinhas, fracionamento de recibos e falsificação de documentos somam prejuízos que variam entre R\$ 20 bilhões e R\$ 34 bilhões, agravando o desafio de sustentabilidade do setor e pressionando margens, investimentos e reajustes.

Somente em 2023, foram registradas 2.042 notificações de crimes e ações cíveis — um salto de 66% em relação ao ano anterior. Em um ambiente regulatório e financeiro cada vez mais exigente, esse tipo de perda impacta diretamente a sinistralidade, eleva os custos operacionais e compromete a expansão da rede assistencial com qualidade.

[Leia aqui na íntegra.](#)

Fonte: Saúde Business, em 23.06.2025