

GUIA DE CONVENCIMENTO E ROI

Tracer-MED

Por que comprar, por que R\$ 50.000 + R\$ 2.000/mês é barato e como calcular o retorno no seu hospital

IMPLANTAÇÃO

R\$ 50.000

uma vez, com escopo escrito

MENSALIDADE

R\$ 2.000

R\$ 66 por dia, manutenção da prova

CENÁRIO MÉDIO

R\$ 11.344,00

saldo por mês · payback 4,4 meses

PERGUNTAS FINANCEIRAS

100

com resposta curta e resposta completa

1 A proposta central

Um hospital, uma clínica ou um serviço de diagnóstico pode usar IA hoje. O que ele não consegue é demonstrar, depois, que a IA leu o material certo. Sem esse registro, a instituição escolhe entre não usar IA ou usar sem defesa. O Tracer-MED existe para eliminar essa escolha.

Ele faz três coisas, e só três: **encontra** os registros relevantes do acervo da própria instituição, **prova** que nenhum registro relevante ficou de fora, e **assina** um relatório da consulta. O modelo de linguagem — GPT, Gemini, Claude ou um modelo local — continua sendo o redator. Ele só recebe o material certo, com fonte.

A FRASE QUE RESUME

Busca comum responde "o que tenho". O Tracer-MED responde "o que tenho e o que ficou de fora, com a conta que justifica cada exclusão". Em saúde, a segunda pergunta é a que evita o erro grave: o de não encontrar o registro que decidia o caso.

O que a instituição tem hoje	O que muda com o Tracer-MED
Busca por palavra dentro do prontuário	Busca por sentido, com a pergunta em português livre
Lista de resultados, sem registro do que ficou de fora	Tabela de descartes, cada um com limite calculado e motivo
Resposta de IA sem origem	Resposta conferida frase por frase contra o contexto enviado
Justificativa redigida de memória para auditoria	Relatório emitido na hora, com recibo e assinatura
Nenhum registro de quem consultou o quê	Trilha encadeada, imutável e vinculada ao emissor

2 Por que R\$ 50.000 + R\$ 2.000/mês é barato

O argumento não é "o produto vale mais". É comparação.

COMPARAÇÃO 1

R\$ 66 por dia

A mensalidade dividida por 30 dias. É menos do que uma hora de um profissional procurando um registro que já existe no sistema.

COMPARAÇÃO 2

Menos que o custo de fazer internamente

Indexar acervo clínico exige equipe de dados por meses, tratamento de qualidade e versionamento. O custo interno desse trabalho é maior que a implantação.

COMPARAÇÃO 3

Menos que um evento de auditoria

Um único processo de negativa mal documentada, uma glosa relevante revertida contra o prestador ou uma penalidade por falha de guarda custa mais do que anos de mensalidade.

O que os valores cobrem

Item	Valor	Cobre	Não cobre
Implantação	R\$ 50.000 uma vez	Leitura das fontes do acervo; tratamento de qualidade do texto; indexação com versão e data; integração inicial (prontuário ou exportação); configuração de perfis de acesso; ajuste de filtros ao vocabulário do serviço; treinamento da equipe; acompanhamento do piloto com critério de sucesso.	Customizações no prontuário; expansão para novos serviços; hardware; custo do provedor de modelo.

Item	Valor	Cobre	Não cobre
Mensalidade	R\$ 2.000 por mês	Reindexação periódica; atualização de versão; correção de defeitos; suporte aos usuários; monitoramento das consultas e da taxa de respostas sem apoio.	Novas integrações; novos serviços; custo de inferência (pago ao provedor do modelo).

A REGRA DE HONESTIDADE

A mensalidade não é aluguel de licença parada: é manutenção da validade do documento. Um relatório emitido sobre um índice de dois anos tem valor probatório menor. A analogia que a diretoria entende é manutenção de equipamento — o custo existe porque a prova continua valendo só enquanto o acervo está atualizado.

3 Como calcular o retorno — passo a passo

A conta tem seis linhas. Ela é feita com os números do cliente, não com os do fornecedor.

1. horas recuperadas por mês = profissionais x horas/semana em busca x fração recuperada x 4,33

2. salário-hora implícito = custo do profissional por mês / horas produtivas por mês

3. ganho de produtividade = horas recuperadas x salário-hora implícito

4. ganho de glosa = faturamento mensal x taxa de glosa x parcela atacável (10%) x 1,3 (retrabalho de contestação)

5. ganho total = 3 + 4 · custo = mensalidade + custo administrativo

6. saldo = ganho – custo · payback = ticket / saldo · ROI ano 1 = (saldo x 12) / (ticket + custo x 12)

Três cuidados que separam uma conta honesta de uma conta de vendas:

- **Horas recuperadas não são receita nova.** São capacidade liberada. Só viram caixa se a instituição decidir usar essa capacidade para atender mais ou reduzir sobrecarga. A conta apresenta como ganho de produtividade, e diz isso.
- **Glosa evitável é uma parcela, não a glosa inteira.** Só é atacável a glosa em que o documento existia e não foi localizado. O percentual deve vir da classificação de glosa do próprio hospital, não do fornecedor.
- **Uso importa.** Se a equipe não adotar a busca, o ganho por horas desaparece. A proposta precisa de treinamento, dono do processo e revisão no terceiro mês.

4 Três cenários com a mesma régua

Os cenários abaixo usam a mesma fórmula e as mesmas premissas de custo. As colunas de entrada são editáveis: o cliente troca o número de profissionais, as horas e a taxa de glosa pelos valores reais e a linha inteira se recalcula.

cenário	horas recuperadas	equiv. profissional	produtividade	glosa evitada	ganho/mês	custo/mês	saldo/mês	payback	ROI ano 1
Pessimista 40 profissionais · 4 h/sem · 20% recuperado · glosa 0,8%	139 h	0,9	R\$ 1.039,20	R\$ 91,52	R\$ 1.130,72	R\$ 3.200,00	R\$ -2.069,28	—	-28,1%

cenário	horas recuperadas	equiv. profissional	produtividade	glosa evitada	ganho/mês	custo/mês	saldo/mês	payback	ROI ano 1
R\$ 4.000,00/dia									
Médio 120 profissionais · 9 h/sem · 40% recuperado · glosa 1,5% · R\$ 12.000,00/dia	1.871 h	11,7	R\$ 14.029,20	R\$ 514,80	R\$ 14.544,00	R\$ 3.200,00	R\$ 11.344,00	4,4 m	154,0%
Otimista 400 profissionais · 12 h/sem · 60% recuperado · glosa 2,5% · R\$ 40.000,00/dia	12.470 h	77,9	R\$ 140.292,00	R\$ 2.860,00	R\$ 143.152,00	R\$ 3.200,00	R\$ 139.952,00	0,4 m	1.899,8%

CENÁRIO MÉDIO · SALDO MENSAL	PAYBACK DO TICKET	ROI NO ANO 1	ROI A PARTIR DO ANO 2
R\$ 11.344,00	4,4 meses	154,0%	354,5%

LEITURA HONESTA DOS NÚMEROS

O cenário pessimista **não paga** o sistema em um ano — e o documento mostra isso de propósito. Ele é o cenário de uma instituição pequena, com pouco tempo gasto em busca e glosa baixa: nesse caso, o argumento financeiro por horas não se sustenta e a decisão precisa ser tomada pelo valor de defesa (o relatório que hoje ela não tem) e não pelo retorno. Vender o otimista é fácil; vender o pessimista com honestidade é o que sustenta o contrato no segundo ano.

O que decide o resultado

O teste de sensibilidade mostra que três premissas mandam no resultado, nesta ordem: **horas por semana, fração recuperada e taxa de glosa**. O número de profissionais importa menos do que as horas. Por isso a conversa começa medindo tempo de busca, e não contando cabeças.

9 100 perguntas financeiras e de ROI

As perguntas abaixo são mais abrangentes do que o restante do material: cada uma responde no plano financeiro, no plano de risco e no plano de decisão. A **resposta curta** é o que se diz em uma frase na reunião; a **resposta completa** é o que sustenta a frase quando alguém pede a conta.

Por que comprar, o que se compra e o que não se compra · perguntas 1–15

A conversa antes do número: o que está sendo vendido, o que fica de fora e por que a compra é compatível com o modelo de linguagem que o hospital já pretende usar.

1. Por que comprar o Tracer-MED?

Porque ele resolve a única coisa que impede o hospital de usar IA: provar que a resposta veio do acervo certo.

O hospital já pode usar IA generativa para escrever. O que ele não consegue hoje é demonstrar depois que a IA leu o material correto, que nenhum registro relevante ficou de fora e que a resposta não inventou. O Tracer-MED existe para transformar essa dúvida em documento. Não é um modelo melhor; é a camada que torna o modelo auditável.

2. O que eu compro exatamente?

Uma camada de busca com prova sobre o seu acervo, um relatório auditável e a implantação que liga isso ao seu prontuário.

Você compra três coisas: (1) o índice do seu acervo, construído a partir dos seus prontuários; (2) a busca com garantia de cobertura, que descarta com justificativa calculada; (3) o registro e o relatório assinado de cada consulta. A implantação inclui integração, configuração de perfis e treinamento. O modelo de linguagem é separado e substituível.

3. O que eu NÃO compro?

Não compro diagnóstico, não compro decisão clínica e não fico preso a um modelo.

O Tracer-MED não emite diagnóstico e não decide conduta. Ele entrega registros com fonte e prova de cobertura. O modelo de escrita (GPT, Gemini, Claude, modelo local) é escolha sua e pode ser trocado sem refazer o acervo. O que fica de propriedade do hospital é o índice, os relatórios e a trilha.

4. Por que R\$ 50.000 de implantação?

Porque implantar exige indexar o acervo real, integrar, configurar perfis e treinar — trabalho único, com resultado verificável.

A implantação cobre: leitura das fontes do acervo, tratamento de qualidade dos textos, indexação com versão e data, integração com o prontuário ou exportação, configuração de perfis de acesso, ajuste da lógica de filtros ao vocabulário do serviço, treinamento e um piloto com critério de sucesso. É trabalho de uma vez, com entregas que o hospital pode conferir.

5. Por que R\$ 2.000 por mês?

Porque é o custo de manter acervo, índice, correção e suporte vivos — não um aluguel de licença parada.

A mensalidade cobre reindexação periódica, atualização de versão, correção de defeitos, suporte a usuários e monitoramento das consultas. Sem isso o índice envelhece e a garantia perde valor. É o custo de manter a prova válida ao longo do tempo.

6. Isso cabe no orçamento de uma clínica pequena?

Cabe quando comparado ao custo de horas perdidas em busca manual e ao valor de poucas glosas evitadas por ano.

R\$ 2.000 por mês são R\$ 66 por dia. Em uma clínica com 40 profissionais que perdem 5 horas por semana cada um, são 200 horas semanais de tempo clínico dedicado a localizar informação. Recuperar 40% disso a um custo de R\$ 30 por hora já paga o mensal. A conta precisa ser feita com o número do cliente, e para isso existe a calculadora.

7. Em quanto tempo o investimento se paga?

Depende das premissas. No cenário padrão deste guia, o saldo mensal paga a implantação em poucos meses.

Com o cenário padrão (120 profissionais, 9 horas por semana em busca, 40% recuperado, R\$ 30 por hora, faturamento de R\$ 12 mil por dia com 1,5% de glosa), o ganho mensal estimado é de R\$ 13.680 contra um custo total de R\$ 3.200, gerando saldo de R\$ 10.480 por mês. A implantação de R\$ 50.000 se paga com menos de cinco meses de saldo. Este é um cenário, não uma promessa: a calculadora permite trocar todos os números.

8. Qual é o ROI no primeiro ano?

No cenário padrão, o saldo de doze meses é cerca de 2,5 vezes o investimento total do primeiro ano.

Investimento do primeiro ano: R\$ 50.000 de implantação mais doze mensalidades de R\$ 3.200 (mensalidade com custo administrativo), total de R\$ 88.400. Retorno estimado: R\$ 10.480 de saldo por mês, ou R\$ 125.760 no ano. O ROI calculado é de aproximadamente 142%. O número muda inteiro se o cliente tiver menos profissionais ou faturamento menor — e é por isso que a conversa deve ser feita com a calculadora aberta.

9. O que muda no segundo ano?

O custo cai para a mensalidade e o retorno se compara a ela, o que melhora muito o percentual.

No segundo ano não há implantação. O investimento é de R\$ 38.400 (doze mensalidades com custo administrativo) contra o mesmo saldo estimado de R\$ 125.760. O ROI do ano isolado passa de 300%. A leitura correta é: o primeiro ano amortiza a implantação; a partir do segundo, a relação retorno/custo é estruturalmente favorável.

10. Como faço o cálculo para o meu hospital?

Multiplico profissionais $\times$ horas perdidas $\times$ fração recuperada $\times$ valor da hora, somo glosa evitada e comparo com o custo.

A fórmula é: horas perdidas por semana = profissionais $\times$ horas por semana. Horas recuperadas = horas perdidas $\times$ fração que o sistema devolve. Economia = horas recuperadas $\times$ valor da hora. Some a glosa evitada (faturamento $\times$ taxa de glosa $\times$ fração contestável). O ganho é a soma. O custo é mensalidade mais custo administrativo. O saldo é ganho menos custo. ROI = saldo $\times$ 12 dividido pelo investimento anual.

11. Como defino o valor da hora do profissional?

Pelo custo total do profissional dividido pelas horas efetivamente trabalhadas, não pelo salário nominal.

O valor da hora deve incluir encargos, benefícios e o custo de estrutura. Se um profissional custa R\$ 25 mil por mês em regime de 160 horas, o valor da hora é cerca de R\$ 156. Para o cálculo de retorno, o mais conservador é usar o custo da hora que a instituição já conhece e comparar com o custo de reposição desse tempo.

12. Qual fração do tempo de busca o sistema realmente devolve?

Depende do serviço. O cenário padrão usa 40%, que é conservador para quem hoje procura informação em vários sistemas.

A fração recuperada não é um número universal. Em serviços com prontuário fragmentado, o ganho tende a ser maior; em serviços já organizados, menor. O caminho honesto é medir antes do piloto: cronometrar cinco buscas reais, repetir depois do sistema e comparar. O 40% do cenário é ponto de partida para a conversa, não resultado.

13. E se o hospital não tiver como medir as horas hoje?

Então o piloto começa medindo, e a decisão de expandir usa o número medido, não o estimado.

Medir é simples: escolher um serviço, pedir a cinco profissionais que cronometrem o tempo entre a dúvida e o registro encontrado, em dez casos. Isso leva uma semana e produz a linha de base. Sem linha de base, qualquer ROI é ficção — e um fornecedor que aceita isso está vendendo entusiasmo.

14. Como o Tracer-MED ajuda no faturamento?

Localiza o registro que sustenta o item cobrado, reduz tempo de conferência e sustenta contestação de glosa.

Três efeitos no faturamento: (1) a equipe de contas encontra em segundos o registro que justifica a cobrança, em vez de ler o prontuário inteiro; (2) a busca dirigida mostra itens sem documentação antes do envio, evitando glosa; (3) na contestação, o relatório auditável traz pergunta, acervo, versão e fonte, o que é anexo verificável, não argumento.

15. Como isso reduz glosa de verdade?

Mostrando o que falta no registro antes de faturar, e provando o que já estava documentado depois.

A glosa costuma vir de três causas: item sem documentação, documentação divergente da cobrança e documentação insuficiente para o critério do plano. A busca dirigida ataca as três quando o faturamento revisa antes do envio. Reduzir glosa não é zerar: é eliminar a parcela que vem de não encontrar a informação que já existe.

Preço, escopo e objeção de custo · perguntas 16–40

Por que R\$ 50.000 e R\$ 2.000 significam o que significam, o que cobrem, o que não cobrem e como responder "é caro" sem perder credibilidade.

16. Quanto de glosa é realista evitar?

O cenário padrão considera 10% da glosa anual, que é a parcela ligada a falta de localização de documento.

Não existe número universal. A parte da glosa causada por documento que existe mas não foi encontrado é a mais atacável pelo sistema. O cenário do guia usa 10% da glosa como parcela recuperável, o que é conservador em instituições com prontuário fragmentado. A calculadora permite ajustar esse percentual.

17. Como o Tracer-MED ajuda no relatório para o plano de saúde?

Gera documento com data, versão do acervo e fonte de cada registro, em vez de uma justificativa redigida de memória.

O relatório de busca auditável traz identificação da instituição, pergunta, filtros, período, versão do acervo, resultados apresentados, descartes justificados e assinatura do emissor. Quando o plano pede comprovação, o hospital anexa isso em vez de escrever uma nova justificativa. A diferença prática é tempo de resposta e consistência entre casos.

18. Isso muda a negociação com a operadora?

Sim: a conversa deixa de ser sobre opinião do prestador e passa a ser sobre documento comparável.

Quando os dois lados discutem com o mesmo tipo de evidência, a negociação se desloca do volume de glosa para o mérito da glosa. Isso tende a reduzir litígio e encurtar ciclo de contestação. O ganho não é financeiro direto: é de previsibilidade de receita.

19. O Tracer-MED fatura sozinho?

Não. Ele localiza a evidência; quem fatura é o sistema de faturamento.

O produto não substitui prontuário, faturamento nem tabela de honorários. Ele entrega a camada de evidência: o registro encontrado, com fonte, e o documento da consulta. A integração com o faturamento é um projeto à parte.

20. Como medir o ganho em faturamento?

Por três indicadores: tempo médio de conferência, taxa de glosa e taxa de glosa revertida em contestação.

Antes do piloto, registre os três indicadores por um mês. Depois, compare. A comparação precisa ser no mesmo serviço e no mesmo tipo de conta, senão confunde efeito com sazonalidade.

21. Como o Tracer-MED ajuda o diretor clínico?

Dando ao corpo clínico uma busca com fonte, com padrão único entre serviços e registro do que foi consultado.

O diretor clínico ganha três coisas: padronização (todos buscam do mesmo jeito), rastreabilidade (sabe quem consultou o quê) e argumento para a diretoria (pode mostrar documento, não impressão). Também ganha um ponto de contato com compliance que não existia antes.

22. Como o Tracer-MED ajuda o médico?

Ele encontra o caso em uma tela, vê a fonte de cada frase e confere a resposta da IA antes de usar.

O médico não precisa lembrar CID, nem saber em qual sistema está o exame antigo. Ele pergunta em português, recebe os registros com data e departamento e vê ao lado de cada informação de onde ela veio. Quando há resposta de modelo de linguagem, a conferência mostra frase por frase o que tem apoio e o que não tem.

23. Como o Tracer-MED ajuda o compliance?

Com isolamento por instituição, perfis de acesso, trilha encadeada e assinada e relatório com data e versão.

Compliance precisa de quatro provas: que o dado de um hospital não vaza para outro, que cada perfil vê o que deve, que existe registro de quem consultou o quê e que o relatório emitido pode ser reprocessado. O Tracer-MED entrega as quatro com artefatos verificáveis.

24. Qual é a dor real que justifica o investimento?

O hospital tem IA disponível, mas não tem como defender uma resposta que não consegue reconstruir.

A dor não é técnica. É o momento em que a diretoria precisa explicar a uma auditoria, a um plano ou a um juiz como aquela decisão foi apoiada. Sem prova, a instituição escolhe entre não usar IA ou usar sem defesa. O Tracer-MED remove essa escolha.

25. Por que investir agora e não esperar?

Porque a adoção de IA no hospital vai acontecer com ou sem prova, e o custo de retroceder depois é maior.

Se a IA entrar sem registro, o hospital acumula um passivo de decisões não documentadas. Reconstruir isso depois é praticamente impossível, porque o índice e o contexto do dia não existem mais. Implantar agora significa implantar com rastro desde o primeiro dia.

26. Qual é o custo de NÃO comprar?

Horas clínicas perdidas todo mês, glosa por documento não encontrado e exposição em auditoria sem prova.

O custo de não comprar não aparece em nenhuma linha de despesa. Ele aparece em produtividade, em glosa, em retrabalho e no dia em que faltar documento numa auditoria. É exatamente o tipo de custo que uma diretoria só percebe quando o evento acontece.

27. Como convencer o diretor financeiro?

Com a calculadora aberta: premissas dele, número dele, resultado dele.

O diretor financeiro não compra promessa de produtividade. Ele compra conta. A conversa certa é sentar com ele, abrir a calculadora, deixar que ele digite o número de profissionais, o valor da hora e a taxa de glosa, e ver o resultado mudar. Se o resultado não justificar, a resposta é não comprar. Isso constrói credibilidade.

28. Como convencer o diretor clínico?

Rodando a busca com um caso que ELE escolhe e mostrando o que ficou de fora.

O diretor clínico se convence com o próprio caso. Peça que ele escolha um caso difícil, que ele conhece, e faça a pergunta em linguagem natural. Mostre os resultados, a fonte, a nota de corte e a lista de descartes. O momento decisivo é quando ele vê um prontuário relevante que ele mesmo não lembraria de procurar aparecer na lista.

29. Como convencer o compliance?

Mostrando o relatório, a trilha e o isolamento — e declarando com clareza o que a prova não cobre.

Compliance desconfia de fornecedor que afirma provar tudo. Leve o documento, mostre que a saída do modelo é conferida frase a frase, mostre o limite declarado. Quem declara limite é mais confiável do que quem promete certeza.

30. Como convencer a TI?

Pelo baixo acoplamento: front-end estático, integração por padrão aberto e nenhuma segunda base sem governança.

A TI quer saber o que quebra e o que fica preso. Mostre que o acervo pode ser reindexado da fonte, que o modelo é trocável, que o PDF é gerado no navegador sem dependência pesada e que o contrato prevê exportação dos relatórios. Isso reduz a percepção de lock-in.

31. E se a diretoria perguntar por que não contratar só o GPT?

Porque o GPT escreve, mas não conhece o seu acervo nem emite o documento que sua auditoria exige.

Contratar o modelo resolve a redação. Não resolve indexação do acervo, isolamento entre instituições, prova de cobertura, perfis de acesso nem relatório assinado. São camadas diferentes. Na prática, as duas compras são compatíveis: o modelo por trás, o Tracer-MED na frente.

32. Por que o preço é baixo para o risco que ele cobre?

Porque um único evento de auditoria sem prova custa mais do que anos de mensalidade.

R\$ 2.000 por mês é R\$ 24 mil por ano, ou R\$ 66 por dia. Um único processo de negativa mal documentada, uma glosa relevante revertida contra o prestador ou uma penalidade por falha de guarda de prontuário custa múltiplos disso. O preço do produto é pequeno diante do tamanho do evento que ele evita.

33. Por que o preço é baixo para o serviço de indexar o acervo?

Porque o trabalho de uma vez tem custo de equipe técnica, e o valor de R\$ 50 mil por isso é abaixo do custo interno.

Indexar acervo clínico exige tratar qualidade de texto, normalizar metadados, validar amostras e versionar o índice. Fazer isso internamente exige equipe que o hospital não tem, contratada para projeto de meses. Comparar o preço com o custo de fazer internamente é uma das contas mais favoráveis da conversa.

34. Como justificar a mensalidade para a diretoria?

Como seguro de validade: sem reindexação, a prova envelhece e deixa de defender o hospital.

A mensalidade não é locação de software. É manutenção de validade do artefato. Um relatório emitido sobre um índice de dois anos atrás tem valor probatório menor. A diretoria entende a analogia com manutenção de equipamento: o custo existe para o equipamento continuar funcionando.

35. O investimento compete com qual outra linha de orçamento?

Normalmente com o orçamento de TI, de qualidade e de auditoria — e é mais barato do que os três separados.

O Tracer-MED cobre parte do que hoje está disperso entre projeto de TI, esforço de qualidade e trabalho de auditoria. A conversa mais forte é quando o hospital mostra o custo somado das três áreas sem o sistema e compara com o investimento único.

36. Como medir ROI em clínica pequena?

Com quatro números: profissionais, horas por semana, valor da hora e glosa média. A conta cabe numa folha.

Na clínica pequena o cálculo é ainda mais direto, porque as decisões são de uma pessoa. Basta o responsável dizer quantos profissionais usam o sistema, quanto tempo gastam buscando informação e quanto custa a hora. O restante é multiplicação.

37. O que é o payback e como calcular?

É quantos meses o saldo mensal precisa para cobrir o investimento inicial de R\$ 50.000.

Payback em meses = investimento inicial dividido pelo saldo mensal. No cenário padrão: $R\$ 50.000 \div R\$ 10.480 = 4,8$ meses. O número é sensível às premissas, sobretudo à fração de tempo recuperado.

38. O que é TCO e o que entra nele?

É o custo total de propriedade: implantação, mensalidade, inferência, integração e tempo interno.

O TCO soma: R\$ 50.000 de implantação, mensalidades ao longo dos anos, custo de inferência por consulta (cobrado pelo provedor do modelo), custo de integração no prontuário e tempo interno de coordenação. Excluir a inferência é o erro mais comum em proposta de IA.

39. Quanto custa a inferência?

Depende do modelo escolhido e do volume de consultas; por isso o contexto é reduzido ao que a busca recuperou.

O custo por consulta vem do tamanho do material enviado. Por isso o Tracer-MED envia apenas os prontuários recuperados, não o acervo. Em cenário de clínica pequena, com um modelo de baixo custo, a inferência costuma ser uma fração da mensalidade. O guia recomenda medir com os tokens reais do serviço durante o piloto.

40. Como reduzir o custo de inferência?

Usando modelo mais barato, reduzindo o contexto e usando o modelo apenas quando houver resposta de IA necessária.

Três alavancas: escolher modelo com melhor relação qualidade/custo para o caso, reduzir o contexto ao que a busca recuperou e usar o modelo só para a etapa de redação. A prova da busca não depende de modelo, então a busca pode funcionar sem nenhum modelo ligado.

ROI, payback e cálculo com os números do cliente · perguntas 41–65

As fórmulas, as premissas que mandam no resultado, o teste de sensibilidade e a diferença entre benefício contábil e benefício abstrato.

41. O que é ganho direto e o que é ganho indireto?

Direto aparece na caixa: glosa e horas. Indireto é risco evitado e melhor negociação — importante, mas não entra como receita.

Separar os dois é uma questão de honestidade. Gestores que misturam risco evitado com receita perdem credibilidade. O guia recomenda apresentar o ganho direto como número e o indireto como comentário.

42. Como o sistema ajuda a reduzir o tempo de alta?

Reunindo histórico e exames anteriores em uma consulta, o que reduz espera por informação.

Muito atraso de alta é espera por documento, resultado ou histórico. Quando a busca entrega isso em uma tela, o tempo entre decisão e desfecho cai. É um ganho indireto ligado a leito: cada dia de internação evitado é um recurso liberado.

43. Como o sistema ajuda a liberar leito?

Tempo menor entre decisão e alta libera leito para o próximo paciente, o que é receita incremental de internamento.

Em hospital que opera no limite de ocupação, leito liberado é atendimento novo. Para calcular, multiplique a redução média de horas de espera pela taxa de ocupação e pelo valor médio da internação.

44. Como apresentar o ROI para uma clínica com poucos profissionais?

Com o número pequeno, mas com uma linha clara: o custo é fixo e o ganho cresce com o uso.

Em clínica pequena, o ganho absoluto é menor. A conversa muda de escala: o argumento passa a ser a defesa (o relatório que ela não tem hoje) e a produtividade de poucos profissionais. A mensalidade de R\$ 2.000 em uma clínica de oito profissionais é mais difícil de defender só por horas — a defesa documental precisa entrar na conta.

45. Quais são as premissas que mais afetam o resultado?

Horas por semana em busca, fração recuperada e taxa de glosa. Mudar essas três muda tudo.

Testes de sensibilidade mostram que o número de profissionais importa menos que as horas gastas e a fração recuperada. Uma fração de 20% em vez de 40% corta metade do ganho. Por isso a conversa começa medindo tempo, não contando cabeças.

46. Como fazer teste de sensibilidade?

Rodando a conta no cenário pessimista, no médio e no otimista, e mostrando os três.

Apresente três colunas: pessimista (fração recuperada baixa, glosa baixa), médio e otimista. Se o projeto se justifica no pessimista, a decisão é fácil. Se só se justifica no otimista, é sinal de que a premissa está sendo forçada.

47. O que acontece se o cliente usar pouco o sistema?

O ganho por horas cai, e a defesa documental passa a ser o argumento principal.

Uso baixo é risco real de qualquer implantação de software. Por isso a proposta precisa incluir treinamento, dono do processo e revisão de adoção no terceiro mês. Sem adoção, a conta por horas não se sustenta — e é melhor dizer isso antes da venda.

48. Como ligar o investimento à estratégia do hospital?

Governança de IA é hoje item de conselho, de contrato com plano e de reputação — o sistema entrega artefato para isso.

A diretoria precisa mostrar que usa IA com controle. O Tracer-MED entrega os artefatos: isolamento, perfis, trilha assinada, relatório e limite declarado. É um item pequeno de custo com peso grande de governança na apresentação ao conselho.

49. Como explicar o valor para quem não é técnico?

Em uma frase: ele faz o computador mostrar de onde tirou a resposta e o que deixou de fora.

Evite vetor, embedding, top-k. Fale de busca que mostra a fonte e de prova de que nada ficou de fora. A analogia útil: é como um arquivo que, além do documento, entrega a lista do que procurou e não achou, assinada por quem arquivou.

50. O que fazer se a diretoria disser que é caro?

Oferecer o cenário pessimista com os números do cliente — se não fechar, a resposta honesta é não comprar agora.

Responder que é caro sem discutir o número é vender confiança. A postura correta é abrir a conta no cenário mais conservador. Se não fizer sentido, dizer isso é o que garante a próxima conversa. Fornecedor que insiste contra a própria matemática perde a conta.

51. Como transformar o relatório auditável em economia de auditoria?

O relatório substitui a leitura integral do prontuário para a maior parte das questões de auditoria.

Auditoria hoje lê prontuário inteiro para achar o trecho que sustenta uma cobrança. Com busca dirigida, o auditor chega ao trecho e ao relatório da consulta. A economia vem de horas por conta analisada. Meça o tempo médio de análise antes e depois no mesmo tipo de conta.

52. O que é o custo de retrabalho e onde ele aparece?

É o trabalho refeito por informação não encontrada: exame repetido, laudo refeito, conta devolvida.

O retrabalho aparece em quatro lugares: exame repetido, pedido reaberto, conta reenviada e laudo reescrito. Ele raramente é medido, e por isso não entra em nenhuma planilha. A busca dirigida ataca a origem dele: a informação que existia e não foi localizada.

53. Como demonstrar ganho em um piloto de 90 dias?

Com linha de base, um serviço só e três números: tempo de busca, fonte correta e omissão.

Antes: medir tempo médio de busca e taxa de glosa do serviço. Durante: rodar a busca com todos os profissionais do serviço. Depois: repetir a medição e comparar os três números. Evite prometer adoção em 90 dias; prometa medição em 90 dias.

54. Qual é a linha de base para tempo de busca?

O intervalo entre a dúvida clínica e o registro encontrado, cronometrado em casos reais.

O procedimento é simples e não usa o sistema: dez casos por profissional, cronômetro entre a pergunta e o registro encontrado. O resultado é a linha de base. Sem ela, nenhuma comparação posterior tem valor.

55. Como calcular o custo de uma hora de busca manual?

Horas gastas $\times$ valor da hora, aplicado ao número de profissionais, ao longo de uma semana ou um mês.

Multiplique o número de profissionais pelo tempo médio semanal e pelo valor da hora. Se 120 profissionais gastam 9 horas por semana a R\$ 30, o custo semanal é R\$ 32.400. Esse é o total que existe sem que ninguém o chame de despesa.

56. Como contabilizar ganho de leito?

Horas de alta evitadas $\times$ ocupação $\times$ valor médio de internação dividido por dias.

Se a redução de espera de alta foi de 4 horas e o hospital tem ocupação de 90%, o leito liberado por antecipação pode admitir um paciente novo. O valor de uma internação média dividido pelos dias de permanência dá o ganho por dia de leito. É um cálculo aproximado, e deve ser apresentado como tal.

57. O que é custo evitado e por que ele é aceito como justificativa?

É o desembolso que não aconteceu — exame não repetido, glosa não glosada, processo não aberto.

Diretores aceitam custo evitado quando ele é rastreável a um evento que aconteceu no passado naquela instituição. Ou seja: não vale dizer "pode evitar X"; vale mostrar "aconteceu três vezes no ano passado e custou Y". A busca permite reunir esses casos com fonte.

58. Qual é a diferença entre benefício abstrato e benefício contábil?

Abstrato é "ganho de qualidade". Contábil é uma linha que muda em uma demonstração de resultado.

Exemplos contábeis: horas de pessoal, exame não repetido, glosa revertida, horas de auditoria. Exemplos abstratos: confiança do médico, imagem da instituição. O primeiro grupo serve de argumento financeiro; o segundo é consequência e não deve entrar na conta.

59. Como registrar o ganho no orçamento do ano seguinte?

Criando uma rubrica de produtividade e uma de glosa evitada, comparáveis ano a ano.

Sem rubrica, o ganho se dissolve. O hospital pode criar duas linhas: produtividade recuperada (horas clínicas em atendimento que não existiriam) e glosa evitada (com a metodologia de medição). A comparação entre anos passa a ser possível.

60. Qual é o custo de uma glosa recorrente?

Valor glosado mais tempo de retrabalho de contestação, mesmo quando o hospital ganha.

Uma glosa gera custo duplo: o valor não recebido e o custo administrativo da contestação. Quando revertida, ainda restam as horas gastas. O cálculo real de uma glosa deve incluir as duas parcelas.

61. Como estimar a taxa de glosa recuperável?

Dividindo as glosas por causa: documentação existente não localizada versus documentação inexistente.

A amostra de glosas do ano anterior pode ser classificada em três grupos: falta de documento, documento divergente e documento existente mas não localizado. Só o primeiro e o terceiro grupo são atacáveis pelo sistema. A proporção entre eles é o parâmetro que entra na calculadora.

62. Como o sistema ajuda a reduzir devolução de conta?

Porque a equipe de contas confere se o registro sustenta o item antes do envio.

A devolução de conta costuma ter as mesmas causas da glosa, com um agravante: atrasa o recebimento. A busca dirigida no fluxo de pré-envio reduz a probabilidade de enviar item sem documentação.

63. Como quantificar a redução de devolução?

Contando as devoluções por motivo, antes e depois, no mesmo tipo de conta.

Crie uma categoria de motivo "documentação não localizada" e acompanhe o volume. A queda nessa categoria é o efeito atribuível ao sistema. É um indicador mais convincente do que o volume total de devoluções, que sofre efeito de sazonalidade.

64. Qual o impacto de receber mais cedo?

Melhora o fluxo de caixa sem necessariamente aumentar o recebido.

Receber em 20 dias em vez de 40 muda o capital de giro. Em instituição de pequeno porte, isso pode significar não recorrer a antecipação de recebíveis — que tem custo financeiro. O ganho é o custo financeiro evitado.

65. Como calcular o custo financeiro evitado?

Valor médio da conta $\times$ taxa de antecipação $\times$ dias antecipados.

Se o hospital antecipa recebíveis a uma taxa mensal conhecida, encurtar o ciclo de recebimento reduz o valor antecipado. O cálculo é direto e serve bem para mostrar que o efeito não é só operacional.

Faturamento, glosa e relatório para o plano de saúde · perguntas 66–85

Onde o sistema aparece no caixa: evidência da cobrança, glosa atacável, contestação, fluxo de caixa e a comprovação que o plano exige.

66. Como apresentar o número para a diretoria financeira sem exagero?

Separando o que é medido do que é cenário, e mostrando as três hipóteses juntas.

A regra que constrói credibilidade: tudo que é medido entra como número; tudo que é estimado entra como cenário, com as premissas visíveis. Um diretor financeiro respeita um fornecedor que mostra o pessimista.

67. O que dizer quando a diretoria pede garantia de economia?

Que nenhum fornecedor honesto garante economia antes de medir; o que se garante é o artefato de prova.

A garantia que o Tracer-MED pode oferecer é sobre o artefato: a consulta gera relatório, o descarte é comprovado, a resposta é conferida e o acesso é registrado. Economia depende de adoção e de premissas locais. Confundir as duas garantias é o caminho mais rápido para perder a confiança do cliente.

68. Como fazer proposta comercial para clínica pequena?

Com implantação simplificada, escopo fechado, um serviço inicial e critério de expansão definido.

A clínica pequena não suporta projeto longo. A proposta deve ter escopo de um serviço, prazo curto, um único interlocutor e critério de sucesso escrito. A mensalidade deve acompanhar o tamanho do acervo, e o desconto, se houver, deve ser por tempo de contrato e não por desconto de preço.

69. Como fazer proposta comercial para hospital de médio porte?

Por serviço e por fase, com piloto em uma unidade e expansão atrelada ao critério medido.

Em hospital médio, a venda é por fases: piloto em um serviço, medição, expansão para dois ou três serviços e depois para a instituição. Cada fase tem entregável e critério. Isso reduz risco para o hospital e aumenta a chance de continuidade.

70. Qual é o preço justo para um acervo grande?

O preço precisa refletir volume de indexação e custo de reindexação, não apenas número de usuários.

Índice grande custa mais para construir e manter. A lógica de preço deve separar implantação (tamanho e complexidade do acervo) de mensalidade (volume de reindexação, número de serviços, suporte). Cobrar só por usuário distorce: dez usuários no mesmo acervo grande custam mais do que dez em acervo pequeno.

71. Como cobrar por serviço, por leito ou por usuário?

Por serviço é mais compreensível para o médico; por leito é mais justo para a instituição; por usuário é mais fácil de vender.

Cada métrica tem efeito comportamental. Cobrar por usuário incentiva criação de contas sem uso. Cobrar por serviço incentiva adoção real. Cobrar por leito é estável e fácil de auditar, mas penaliza hospitais com baixa ocupação. O modelo mais defensável combina uma base fixa com um componente de volume.

72. Como justificar o valor de implantação de R\$ 50 mil?

Comparando com o custo de fazer internamente: equipe, meses de trabalho e risco de não terminar.

Fazer internamente exige equipe de dados, tempo de 3 a 6 meses e um resultado que provavelmente não terá a mesma maturidade de prova. O valor de R\$ 50 mil deve ser apresentado como substituição de custo interno mais risco de execução, não como margem sobre software.

73. O que está coberto nos R\$ 50 mil?

Leitura e tratamento do acervo, indexação, integração inicial, perfis, treinamento e piloto com critério.

Escopo típico: levantamento das fontes, tratamento de qualidade, indexação versionada, integração com o prontuário ou exportação, configuração de perfis de acesso, ajuste de filtros ao vocabulário do serviço, treinamento da equipe e acompanhamento do piloto. Integrações adicionais e expansão de escopo ficam fora e devem ser orçadas à parte.

74. O que NÃO está coberto nos R\$ 50 mil?

Custo de inferência do modelo, hardware local, customizações de prontuário e expansão para novos serviços.

A proposta precisa ser explícita: o custo do provedor de modelo é do hospital; se optar por modelo local, o hardware é do hospital; customizações no prontuário não estão incluídas; expansão para outros serviços tem escopo próprio. A clareza aqui evita a frustração pós-venda.

75. O que está coberto nos R\$ 2 mil mensais?

Reindexação, atualização de versão, correção de defeitos, suporte a usuários e monitoramento.

A mensalidade cobre a vida do sistema: reindexação periódica com versão, atualizações de versão, correção de defeitos, suporte aos usuários do hospital e monitoramento das consultas e da taxa de respostas sem apoio. Não cobre novas integrações nem novos serviços.

76. Quando o preço deve ser reajustado?

Por índice contratual e por aumento real de volume de acervo ou de serviços atendidos.

Duas regras: reajuste anual por índice previsto em contrato e revisão por mudança de escopo (novo serviço, novo acervo). Reajustar por inflação sem escopo é padrão de mercado; reajustar por volume precisa estar previsto desde o começo.

77. Como tratar desconto sem desvalorizar o produto?

Dando condição por prazo de contrato e por escopo fechado, nunca por redução do preço unitário.

Desconto por tempo de contrato (24 meses) preserva o valor da mensalidade e melhora previsibilidade para o fornecedor. Desconto por escopo menor (um único serviço) preserva a referência de preço. Desconto puro em percentual ensina o cliente que o preço era inflado.

78. Como o cliente compara preços de concorrentes?

A comparação fica falsa se um lado oferece busca simples e o outro oferece busca com prova e relatório assinado.

O guia recomenda a comparação por entregável: a solução concorrente entrega lista ou entrega lista mais prova de cobertura, relatório auditável e trilha? Se não entrega, o preço não é comparável. Esse é o argumento mais forte contra concorrente de preço baixo.

79. Como competir com solução gratuita ou embutida no prontuário?

Mostrando o que a solução gratuita não faz: prova de cobertura, isolamento e relatório verificável.

Solução embutida tem a vantagem da conveniência. Ela não costuma oferecer cálculo de descarte com justificativa, relatório por prontuário com assinatura e trilha independente do fornecedor do prontuário. A conversa deve ser pelo custo de não ter essas três coisas quando a auditoria chegar.

80. Quem assina a aprovação desse tipo de compra?

Normalmente o diretor clínico com o diretor financeiro, com parecer de TI e compliance.

Mapa típico: corpo clínico pede, TI avalia integração, compliance avalia dado, financeiro aprova orçamento e jurídico revisa contrato. Vender só para um deles atrasa a decisão. O guia sugere uma reunião única com os quatro papéis, cada um com o material que lhe interessa.

81. Qual é o momento certo para comprar?

Quando a instituição já decidiu usar IA generativa e ainda não tem camada de prova.

Existem três momentos: antes de qualquer uso de IA, durante um projeto de IA em andamento e depois de um evento de auditoria. O segundo é o melhor, porque a dor está fresca e o orçamento já existe. O terceiro vende rápido, mas por medo, e medo gera contrato difícil.

82. O que a instituição ganha ao chegar primeiro?

Padrão de registro desde o primeiro dia e histórico auditável que concorrente não tem.

A instituição que implanta cedo acumula trilha e relatórios. Em dois anos, ela tem histórico que a concorrente não tem. Isso é vantagem em credenciamento, em negociação com plano e em processos de qualidade.

83. Como usar o histórico acumulado como argumento?

Mostrando volume de consultas auditáveis e casos com fonte: um ativo que cresce com o uso.

Depois de seis meses, o hospital tem um acervo de consultas documentadas com assinatura. Isso vale em credenciamento, em auditoria e em defesa jurídica. É o argumento de recorrência que nenhuma compra pontual oferece.

84. Como o Tracer-MED se paga com redução de glosa?

Evitando glosa por falta de documento localizável: a parcela atacável vezes o faturamento.

A parcela atacável é a das glosas em que o documento existia e não foi encontrado. Em instituição com prontuário fragmentado, essa parcela pode ser relevante. A calculadora pede esse percentual explicitamente, e o número deve vir da classificação de glosa do próprio hospital.

85. Como o Tracer-MED se paga com produtividade clínica?

Devolvendo ao profissional parte das horas gastas localizando informação.

É o efeito mais direto e o mais fácil de medir com linha de base. A produtividade recuperada pode virar mais atendimentos, mais tempo de consulta ou menos sobrecarga. O hospital escolhe como usar.

Como apresentar, como vender e o que pedir no contrato · perguntas 86–100

Roteiro de reunião por papel de decisor, material mínimo, demonstração que convence e as cláusulas que protegem o retorno.

86. Como o Tracer-MED se paga com redução de exame repetido?

Localizando o exame anterior que já existe, com data e resultado.

Cada exame repetido por falta de localização tem custo, exposição do paciente e tempo. A busca reduz a repetição. O cálculo é simples: número de exames repetidos por mês × valor médio × taxa de repetição evitável.

87. Qual o ganho indireto na acreditação?

Rastreabilidade documentada de consulta, acesso e relatório é evidência útil em processos de acreditação.

Processos de acreditação pedem evidência de governança, rastreabilidade e controle de acesso. A trilha assinada e o relatório por consulta são artefatos que o hospital já terá prontos em vez de precisar produzir em cima da avaliação.

88. Como o sistema ajuda em auditoria interna anual?

Reduzindo o esforço por caso analisado e documentando a própria amostra.

A amostra de auditoria interna pode ser definida por filtros e registrada como consulta auditável. Isso torna a amostragem reproduzível e defensável, e reduz o tempo por caso analisado.

89. Como apresentar o custo ao conselho de administração?

Como item de governança, não de tecnologia: custo baixo com artefato que a diretoria pode mostrar.

No conselho, o argumento não é produtividade: é controle. R\$ 2.000 por mês para ter isolamento, perfis, trilha assinada e relatório auditável é um item barato dentro do orçamento de governança.

90. O que pedir no contrato para garantir o retorno?

Escopo escrito, critério de sucesso, exportação dos relatórios, reindexação prevista e prazo de resposta.

Cláusulas mínimas: escopo e fora de escopo explícitos; critério de sucesso do piloto; direito de exportar relatórios e trilha; periodicidade de reindexação; SLA de suporte; e cláusula de propriedade do índice e dos documentos gerados. Sem propriedade do índice, o hospital fica preso.

91. O que exigir sobre proteção de dados?

Contrato de tratamento, retenção definida, suboperadores declarados e finalidade restrita.

O hospital deve manter a titularidade e a decisão sobre o dado. O fornecedor deve declarar suboperadores (inclusive provedor de modelo), definir retenção, garantir que não treina com o acervo e permitir auditoria.

92. Qual é o erro mais comum na justificativa de compra de IA?

Prometer substituição de médico ou de decisão clínica para inflar o retorno.

Prometer que a IA substitui decisão clínica gera três problemas: jurídico, ético e de adoção. O retorno mais sólido vem de produtividade, evidência e governança, não da substituição do profissional.

93. Como o Tracer-MED se posiciona frente a um concorrente de busca semântica?

Pela prova: o concorrente devolve lista; o Tracer-MED devolve lista mais prova de cobertura e relatório assinado.

A maioria dos concorrentes entrega relevância. O diferencial é a comprovação de que nada relevante ficou de fora, com cálculo por documento, e o relatório que transforma a consulta em documento. Busca semântica é commodity; prova de cobertura não é.

94. Como explicar a diferença entre achar e provar?

Achar é devolver o que parece relevante; provar é demonstrar que o que ficou de fora não era relevante.

É a frase que resume o produto. Busca responde "o que tenho". Prova responde "o que não entrou e por quê". Em saúde, a segunda pergunta é a que importa, porque o erro grave é a omissão.

95. Como lidar com a objeção de que já existe busca no prontuário?

Mostrando que a busca existente encontra palavra; a busca com prova encontra sentido e registra a omissão.

A busca do prontuário é textual e orientada a cadastro. Ela não compara sentido, não calcula descarte e não emite relatório por consulta. A demonstração com um caso real, escolhido pelo cliente, mostra a diferença em minutos.

96. Como montar o material de reunião de venda?

Uma página de custo, uma de escopo, uma de cálculo e a demo.

O material funciona melhor curto: (1) a dor e o custo dela sem o sistema; (2) o escopo do que se compra e do que não se compra; (3) a calculadora com as premissas do cliente; (4) a demonstração com o caso dele. O guia de convencimento é o apoio, não o roteiro.

97. O que mostrar em uma demo para um diretor de hospital?

Um caso que ele conhece, a lista de descartes justificados e o relatório gerado na hora.

A sequência que convence: pergunta em linguagem natural, resultados com fonte, tabela de descartes com o limite calculado, e geração do PDF com recibo. O diretor precisa ver o documento sair, não ouvir que ele existe.

98. Qual é o retorno de cada real investido?

É o saldo gerado para cada real gasto — o jeito mais simples de explicar o ROI a quem não é de finanças.

Multiplique o saldo mensal por doze e divida pelo investimento anual. No cenário padrão, cada R\$ 1,00 investido no primeiro ano devolve cerca de R\$ 2,42. A frase que funciona na reunião: o projeto devolve mais que o dobro do que custa no primeiro ano e mais que o triplo a partir do segundo.

99. Como explicar o preço de R\$ 2.000 por dia de trabalho?

São R\$ 66 por dia: menos que uma hora de um profissional localizando informação perdida.

Divida a mensalidade pelos 30 dias. Esse valor é o custo cotidiano do sistema. A comparação útil não é com licença de software, e sim com meia hora ou uma hora de tempo clínico por profissional por mês. Se o sistema devolve isso, ele já se paga naquele item.

100. Como o ganho se comporta quando o hospital cresce?

O custo fica estável e o ganho por horas cresce com o número de profissionais e de serviços.

A mensalidade não acompanha o número de usuários na mesma proporção do ganho, desde que o acervo cresça de forma controlada. Em expansão de serviços, o custo de implantação por serviço novo existe, mas o ganho por horas aumenta com o uso. Por isso a expansão é o momento em que a conta fica mais favorável.

Winnex AI · Tracer-MED — guia de convencimento e ROI. As premissas de economia são editáveis e devem ser substituídas pelos números da instituição. Dados da demo são fictícios. · DOC-TMR-ROI-1.0 · outubro de 2026

5 Calculadora — rode com os números do cliente

Esta calculadora abre no navegador e recalcula tudo na hora da reunião. Ela também sai calculada no PDF impresso — imprima depois de digitar os números do cliente para levar a conta feita para ele.

profissionais	horas/semana em busca	fração recuperada (%)	
120	9	40	
taxa de glosa (%)	faturamento por dia (R\$)	valor da hora declarado (R\$)	
1,5	12000	30	
custo administrativo/mês (R\$)			
1200			
HORAS RECUPERADAS / MÊS	GANHO DE PRODUTIVIDADE	GLOSA EVITADA	GANHO TOTAL / MÊS
1.871 h	R\$ 14.029,20	R\$ 514,80	R\$ 14.544,00
CUSTO / MÊS	SALDO / MÊS	PAYBACK DO TICKET	ROI NO ANO 1
R\$ 3.200,00	R\$ 11.344,00	4,4 meses	154%