

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

2 de janeiro de 2019



CONVITE ESPECIAL

Milliman – 02/01/2019

Convidamos você a seguir a página da [Milliman Brasil](#) no LinkedIn. Lá, iremos publicar a newsletter semanal, artigos de nossos consultores e nossas novidades, além de compartilhar artigos interessantes de outros autores e fontes.

#millimanbrasil

LEITURA RECOMENDADA

Milliman – 02/01/2019

Recomendamos a leitura do Conselho Milliman do mês de janeiro. O artigo "Índice de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI)", que aborda a nova metodologia de cálculo implementada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar através de Resolução Normativa, com o objetivo de oferecer mais transparência e previsibilidade ao setor e à sociedade.

[LEIA MAIS](#)

LEITURA RECOMENDADA

ANS – 21/12/2018

ANS regulamenta novas provisões técnicas: PIC e PEONA SUS

[Confira aqui a Resolução Normativa nº442.](#)

TAP NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Revista Brasileira de Atuária – 31/12/2018

Para o biênio 2019 – 2020, são esperadas novidades para as Operadoras de Planos de Saúde (OPS) na regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), incluindo o Teste de Adequação do Passivo (TAP), evolução natural para garantir a solvência deste setor. Por definição, o TAP é a avaliação da adequação do passivo constituído por empresas que assumem risco de terceiros para compromissos de contratos durante seu período de vigência. Na Saúde Suplementar, a exigência deste teste está prevista para o ano 2020, ainda em minuta de resolução, e vem para aferir o quão o passivo das OPS está adequado para o cumprimento de seus compromissos. Neste primeiro momento, deve ser obrigatório apenas para as OPS de grande porte que deverão

informar o resultado do teste em notas explicativas, sem necessidade de constituição de provisão para possíveis déficits identificados.

Antes de falar de TAP, no entanto, é preciso abordar as provisões técnicas necessárias conforme os riscos assumidos. Para este tema, desde 2001, a ANS vem regulando gradativamente o mercado de saúde suplementar. As Provisões de Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA), de Prêmios/Contraprestações Não Ganhos (PPCNG), de Eventos/ Sinistros a Liquidar (PESL) e do Benefício Concedido da Garantia de Remissão são as já estabelecidas como obrigatórias pela agência.

O histórico recente, apresentado no gráfico a seguir, mostra um crescimento do volume de provisões técnicas de 26%¹, enquanto o aumento da receita de prêmios/ contraprestações no mesmo período foi de 22%¹, demonstrando crescimento real do provisionamento do setor em discretos 3% em quase 2 anos.

Já o volume de ativos garantidores destas provisões apresentou significativo aumento em 2017.

Em linha com a regulamentação gradativa, as provisões técnicas referentes ao compromisso de ressarcimento dos sinistros/ eventos ocorridos no Sistema Único de Saúde – SUS, mas ainda não avisados – PEONA SUS e de insuficiência de prêmio/contraprestação – PIC provavelmente serão exigidas pela ANS já para janeiro de 2019, tendo em vista os avanços da Consulta Pública referentes à minuta da nova resolução.

Com a constituição destas “novas” provisões técnicas, o passivo das OPS estaria mais alinhado aos compromissos assumidos. Entretanto, estão previstas a periodicidade mínima para apuração da PIC e, durante 48 meses, a faculdade de constituição gradual do valor integral destas provisões, o que manterá parte do desalinhamento do passivo quanto a estes compromissos pela utilização da periodicidade mínima e/ou até que finde este período de diferimento. Com todas as provisões técnicas cabíveis realmente constituídas, o TAP vem para cumprir seu papel de avaliar possíveis déficits do passivo. Esta avaliação é prospectiva e relaciona-se, portanto, à estimativa corrente dos futuros fluxos de caixa que decorram do cumprimento dos contratos. Tem por objetivo analisar essencialmente se o montante das provisões é adequado e suficiente para satisfazer todos os fluxos de caixa esperados (incluindo sinistros/ eventos, despesas relacionadas a sinistros/eventos, margem de risco e outros ajustamentos de tempestividade).

A partir dessa análise, o TAP oferece condições de atestar se as provisões constituídas foram adequadamente definidas ou precisam ser revistas.

A metodologia atuarial adotada deve considerar a projeção de prêmios/contraprestações e de sinistros/eventos. Devem ser adotadas premissas realistas e aderentes, observando a população coberta e os riscos por elas contratados.

Estas são algumas das premissas chaves que devem ser consideradas em teste de sensibilidade e stress:

No Brasil, devido à instabilidade econômica e variações imprevisíveis na inflação geral, ao estabelecer as premissas de Variação dos Custos Médico-hospitalares (VCMH), Reajuste Anual de Prêmios/Contraprestações e Taxa de Juros, pode ser razoável considerar índices reais e não o efeito da inflação geral.

As premissas devem ser adequadas a cada grupo de negócios da OPS e algumas delas são diferentes conforme

contratação, pessoa física (planos individuais/ familiares) e pessoa jurídica (adesão e empresarial).

Para os contratos de pessoas físicas, por exemplo, um grande desafio do atuário é a definição do GAP (desvio) no médio e longo prazos entre o VCMH e o Reajuste Anual de Prêmios/Contraprestações máximo estabelecido pela ANS – é de suma importância que para este GAP seja efetuado teste de sensibilidade do resultado.

A ANS deve exigir a realização do TAP às OPS de grande porte a contar do fim do exercício do ano de 2020 e a minuta de resolução já prevê parâmetros a serem observados:

- Os contratos deverão ser segregados, no mínimo, entre as modalidades individual/familiar; coletiva empresarial; coletiva por adesão; e corresponsabilidade assumida;
- As estimativas correntes dos fluxos de caixa deverão ser apuradas considerando as vigências dos contratos, limitadas ao horizonte máximo de 5 anos;
- Tábuas BR-EMS vigentes no momento da realização do TAP, ajustadas, quando for o caso, por critério de desenvolvimento de longevidade;
- As premissas utilizadas para projeções de receitas e despesas deverão ser baseadas na experiência observada pela operadora, ou na de mercado, quando não houver experiência própria;
- As estimativas correntes dos fluxos de caixa deverão ser descontadas a valor presente com base nas estruturas a termo da taxa de juros (ETTJ) livre de risco pré-fixada definidas pela ANBIMA;
- O estudo atuarial referente ao TAP, contendo, no mínimo, os métodos atuariais, financeiros e estatísticos utilizados, as hipóteses e premissas consideradas para a projeção de cada variável estimada e seus resultados parciais para cada um dos grupos de contrato deverá ser assinado pelo atuário responsável pelos cálculos juntamente com o representante legal da operadora, devendo ficar disponível para consulta por pelo menos 5 anos.

Para análise do resultado do TAP, se o valor presente dos fluxos de caixa for positivo, nenhuma provisão adicional será necessária. Se for negativo, avalia-se o saldo das provisões e ativos garantidores e provisão adicional às existentes podem ser necessárias. Em tese, quaisquer insuficiências das provisões técnicas regulamentadas, por exemplo PEONA, devem ser aferidas e ajustadas na respectiva provisão, com a devida adequação da metodologia de cálculo.

A priori, como tudo indica, a ANS exigirá a realização do TAP, apenas com a informação de seu resultado em Nota Explicativa, mas provavelmente a evolução desta regulação será, no futuro, a criação de uma provisão para constituição da insuficiência apurada no TAP.

Independentemente da regulação ou não da ANS, a realização do TAP é uma boa prática a ser adotada nas avaliações atuariais e deve ser inerente à operação dos riscos envolvidos na operação deste mercado, em especial para OPS que atuam com contratos pessoa física ditos “vitalícios” pela impossibilidade de cancelamento, pela regulação historicamente supressiva de reajuste anual e desafios da judicialização indevida crescente.

Algumas OPS com contratos de pessoas física e jurídica já vêm realizando seus testes para aferir possíveis déficits,

considerando as boas práticas técnicas para o tema, e, por ora, a maioria delas apenas define estratégias de negócios alinhadas aos riscos assumidos a médio e longo prazos.

O atuário da saúde suplementar é peça chave neste cenário e deve se preparar e orientar suas empresas, o quanto antes, em relação à necessidade real de suas provisões técnicas e avaliação periódica de adequação de seu passivo de acordo com os riscos assumidos, independente do porte da OPS e da publicação de regulamentação da agência.

PROPOSTA DEFINE “AUMENTO ACENTUADO” EM PLANO DE SAÚDE COMO ABUSO DE DIREITO

Câmara Notícias – 27/12/2018

A Câmara analisa o Projeto de Lei 10862/18, do deputado Augusto Carvalho (SD-DF), que pretende estabelecer que constitui abuso do direito, pela seguradora, a modificação acentuada das condições de seguro de vida e de saúde quando da renovação do contrato. O texto inclui o dispositivo no Código Civil (Lei 10.406/02).

Segundo Augusto Carvalho, a proposta incorpora à norma a jurisprudência mais recente, conforme entendimento do Conselho da

Justiça Federal (CJF). “Não se trata de impedimento ou bloqueio a reajustes, mas de definir um padrão justo de

reequilíbrio em que os aumentos ocorram de maneira suave e gradual”, lembrou o deputado, citando documento do CJF.

Atualmente, o Código Civil prevê apenas que “o segurado e o segurador são obrigados a guardar, na conclusão e na execução do contrato, a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes”.

Tramitação

A proposta tramita em caráter conclusivo e será analisada pelas comissões de Seguridade Social e Família; de Finanças e Tributação; e de Constituição e Justiça e de Cidadania.

ENVIO DAS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS DE 2018

ANS - 26/12/2018

A ANS informa que, com a edição da RN nº 435, de 23/12/2018, foram alteradas a forma de publicação e de envio das demonstrações financeiras completas anuais das operadoras.

As demonstrações financeiras do exercício de 2018 devem ser elaboradas de acordo com as orientações contidas no Anexo da RN nº 290/2012, alterado pelas RN nº 418/2016 e 430/2017, vigentes nesse exercício.

Entretanto, as obrigações de envio para a ANS e de publicação ocorrerão na vigência da RN nº 435, de modo que

devem atender ao novo normativo. Ou seja, o envio deverá ocorrer exclusivamente por meio do DIOPS-DOCS do 4º trimestre, até 31/03/2019, e a publicação deverá ser nos sites das operadoras, ressalvadas as operadoras de pequeno porte dispensadas da publicação.

Nesse sentido, esclarecemos que o DIOPS-DOCS estará disponível em tempo hábil, adaptado para receber cada documento individualmente: balanço patrimonial, DRE, DMPL, DFC, notas explicativas, relatório da auditoria e demais documentos requeridos.

NOVA LEI PAULISTA PUNE PLANOS DE SAÚDE QUE RESTRINGIREM INTERNAÇÕES

Consultor Jurídico – 25/12/2018

Entrou em vigor no dia 14 lei paulista que dispõe sobre as sanções a operadoras de planos de saúde que estabelecerem limite de prazo, valor ou quantidade para internações.

Segundo a Lei 16.874/2018, proposta pelo deputado Fernando Capez (PSDB) em 2017, essas empresas poderão ser multadas em 2 mil Unidades Fiscais do Estado de São Paulo (Ufesp), o equivalente hoje a R\$ 50.140.

Em caso de reincidência, a companhia infratora não poderá mais firmar contrato com a administração pública, participar de processos licitatórios, usufruir de isenção fiscal estadual, parcelar dívida pública e receber benefícios de programas estaduais, entre outras sanções.

Para Capez, não são raros os casos em que consumidores precisam acionar o Poder Judiciário para fazer com que os planos cumpram suas obrigações contratuais. De acordo com o Conselho Nacional de Justiça, há hoje cerca de 41 mil processos tramitando com essas demandas. "Em muitos casos, trata-se da negativa para internações, exames e tratamentos", disse o deputado.

O Superior Tribunal de Justiça já se manifestou considerando abusiva a cláusula contratual que limita a internação hospitalar. "Isso sem contar que há casos de tratamento de dependentes químicos ou com transtornos psicológicos, cuja prescrição médica indica continuidade, o que não é cumprido pelas operadoras", afirmou Capez.

[Clique aqui](#) para ler a íntegra da norma.

Lei 16.874/2018

ANS LANÇA MANUAL DE GESTÃO DE RISCOS

ANS – 24/12/2018

Apoiada em sua Política de Gestão de Riscos, definida na Resolução Administrativa nº 60/2014, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lança o seu Manual de Gestão de Riscos, um guia prático para orientar e difundir a aplicação dessa ferramenta. O Manual apresenta a metodologia que deve ser utilizada por gestores e colaboradores da ANS, podendo servir como modelo para demais entidades governamentais.

Seu objetivo é mitigar riscos, contribuindo para a melhoria dos processos internos.

"Identificar os riscos e buscar minimizá-los traz ganhos de efetividade significativos nos processos de trabalho. O Manual busca auxiliar as áreas técnicas da ANS a implementarem essa metodologia", explica o diretor-presidente substituto, Leandro Fonseca.

Entre os benefícios da gestão de riscos, destacam-se o aperfeiçoamento da identificação de oportunidades e ameaças, da gestão de incidentes e da prevenção de perdas. "Nossa intenção é que o método seja incorporado à cultura da casa, auxiliando no cumprimento de seus objetivos institucionais", afirma o diretor de Gestão, Paulo Rebello.

Em linguagem simples e acessível, o Manual orienta sobre como aplicar o processo de avaliação de riscos, conferindo maior segurança e melhores resultados aos atos da agência reguladora. Para a diretora de Fiscalização, Simone Freire, "são notáveis os ganhos que o uso responsável da ferramenta

pode trazer para gestores e equipes em prol da missão institucional".

O diretor de Desenvolvimento Setorial, Rodrigo Aguiar, frisa que a difusão de uma gestão de riscos tecnicamente adequada "pode contribuir para melhorias significativas na eficácia e na eficiência operacionais da Agência, favorecendo sua governança".

Desenvolvido pela Coordenadoria de Avaliação de Risco Institucional da ANS, o Manual de Gestão de Riscos tem como base teórica e conceitual as normas ISO 31000, ISO 31010 e COSO; atos normativos recentes do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão e de órgãos de controle interno e externo; e as boas práticas de gestão de riscos adotadas por equipes de trabalho da ANS.

"Todo o corpo colaborativo da Agência poderá utilizar o Manual, integrando-o às suas atividades para melhores resultados", ressalta o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Rogério Scarabel.

A Agência começou a estruturar a sua Política de Gestão de Riscos em 2013, quando reconheceu a importância deste componente da governança na administração pública. Como primeiro produto, foi publicada em 2014 a Cartilha de Gestão de Riscos, que descreve detalhadamente a política da ANS frente ao tema.

ANS REALIZARÁ REPROCESSAMENTO DOS INDICADORES DO IDSS COM NOVA DATA DE CORTE

ANS – 21/12/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou, durante a 498ª reunião da Diretoria Colegiada (Dicol), o novo processamento dos indicadores do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS 2018 (ano-base 2017). Com a medida, a nova data de corte passa a ser 28/02/2019.

A decisão da Dicol se deu com base na análise dos questionamentos encaminhados com a divulgação dos resultados preliminares às operadoras de planos de saúde, conforme a Nota Técnica nº 162/2018/GEEIQ/DIRAD-DIDES/DIDES. Com essa medida, abre-se a possibilidade de retificação dos dados disponíveis na base do Padrão TISS, bem como dos demais sistemas utilizados como fonte de

dados para o cálculo dos indicadores do IDSS ano-base 2017.

Após o final do reprocessamento, a ANS realizará nova divulgação preliminar dos resultados, reabrindo oportunidade para que as operadoras realizem questionamentos em relação aos seus resultados.

Por fim, a ANS reforça que essa é mais uma medida implementada a fim de permitir a melhor adaptação do setor aos novos critérios de processamento do IDSS.

Confira a [Nota Técnica nº 162/2018/GEEIQ/DIRAD-DIDES/DIDES](#).

SAÚDE SUPLEMENTAR IMPULSIONA CONTRATAÇÕES FORMAIS

IESS - 21/12/2018

O segmento que mais contrata trabalhadores formais é o de prestadores de serviço

Cadeia da saúde suplementar impulsiona mercado de trabalho em 2018. Segundo o Relatório de Emprego na Cadeia da Saúde Suplementar, do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), o setor criou 106,6 mil novas vagas de trabalho formal entre outubro deste ano e o mesmo mês de 2017, alta de 3,1%, e passou a empregar 3,5 milhões de pessoas. Com isso, o segmento já representa 8,1% da força de trabalho empregada no País (43,5 milhões).

A comparação do saldo de admitidos e demitidos no período dá uma ideia ainda mais clara da importância do setor. A economia nacional fechou outubro de 2018 com saldo de 57,7 mil admitidos, sendo que a saúde suplementar responde por 18,4% deste total, com um saldo de 10,6 mil. "Analisando tanto o saldo quanto os números de admitidos e desligados individualmente é possível notar que o setor tem atuado como

um importante motor para a retomada dos postos de trabalho formal no País", avalia Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS. "Vale ressaltar que esse movimento se dá em um período no qual o total de beneficiários de planos de saúde ainda não iniciou sua recuperação. Ou seja, os diversos elos do setor estão se preparando melhor para atender os beneficiários com mais qualidade, o que será ainda mais benéfico para quando de fato detectarmos o início dessa retomada", completa.

Carneiro ainda destaca que os prestadores de serviço respondem por 2,5 milhões dos postos de trabalho formal no setor, ou 71,6%. "Além de ser o segmento que mais emprega no setor de saúde suplementar, este é também aquele com a maior taxa de crescimento, 3,3% contra 2,7% das operadoras e 2,6% dos fornecedores", aponta. "Isso indica uma clara atuação de hospitais e laboratórios, entre outros prestadores, no sentido de aprimorarem ainda mais a qualidade de seus serviços", conclui.

NOVA METODOLOGIA DE REAJUSTE AVANÇA EM TRANSPARÊNCIA

FenaSaúde – 21/12/2018

Segundo a FenaSaúde, o modelo ainda precisa rever defasagem de despesas e apresentar simulações do cálculo

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou, nesta quinta-feira (20), a Resolução Normativa nº 441, que apresenta nova metodologia para o cálculo do reajuste aos

planos individuais e familiares. Na avaliação da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), o novo modelo trouxe avanços, aumentando a transparência regulatória para a sociedade e a previsibilidade para as operadoras. Porém, a proposta não corrigirá a defasagem entre as despesas assistenciais e os preços dos contratos, uma vez que a norma não prevê a revisão técnica que poderia trazer o reequilíbrio.

“A nova norma avançou quando comparada com a proposta apresentada em audiência pública. Entretanto, falta clareza para a elaboração dos cálculos. Aguardamos a publicação do manual para a realização de simulações e uma avaliação mais concreta”, afirma Sandro Leal, superintendente de Regulação da FenaSaúde.

A metodologia reconhece que as despesas das operadoras se dividem em duas partes: as despesas assistenciais – que não estão sob gestão direta – e uma parte não assistencial. No que se refere à despesa assistencial, o modelo considera, além da própria Variação das Despesas Assistenciais (VDA), um Fator de Ganho de Eficiência (FGE) e a Variação da Faixa Etária (VFE).

“A inclusão da Variação da Despesa Assistencial (VDA) é fundamental, pois reflete diretamente a dinâmica de custos o

setor, mas a reprodutibilidade do cálculo, essencial para a transparência, ainda não é ideal. O Fator de Ganho de Eficiência (FGE) causa apreensão, pois não existem experiências similares. A Variação da Faixa Etária (VFE), por sua vez busca sanar a dupla contagem no reajuste da mudança da faixa etária, pois essa variação já é capturada pela VDA.”, aponta o superintendente. Não obstante os avanços, ainda há que se aperfeiçoar a disponibilização das informações. “O novo modelo de reajuste demanda atualização tecnológica por parte da ANS em sua interface com a sociedade, tal como já fazem outras instituições. Seria necessária uma mudança na forma como as bases de dados são disponibilizadas para a automatização do processo, trazendo agilidade, precisão e eliminação das inconsistências”, conclui Sandro Leal.

O modelo também passou a incorporar o IPCA à variação das despesas não assistenciais, mas sem considerar a variação passada dos preços dos próprios planos de saúde apurados pelo índice. A FenaSaúde entende que deveria ser utilizado o IPCA/IBGE cheio – com todas as despesas que compõe o índice – porque a variação das despesas não assistenciais é influenciada pela variação total de preços da economia, inclusive dos próprios planos de saúde.

REAJUSTE DE PLANOS INDIVIDUAIS TERÁ NOVA METODOLOGIA DE CÁLCULO A PARTIR DE 2019

ANS – 20/12/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleceu nova metodologia de cálculo para definir o índice de reajuste dos planos de saúde individuais e familiares. A proposta foi aprovada na última terça-feira (18/12) pela Diretoria Colegiada da reguladora e passa a vigorar a partir do ano que vem. O reajuste anual dos planos individuais e

familiares é calculado pela ANS e só pode ser aplicado pelas operadoras a partir da data de aniversário de cada contrato.

[Confira aqui a Resolução Normativa nº 441 publicada hoje do Diário Oficial.](#)

TECNOLOGIA INTEGRA DADOS DE SAÚDE DOS PACIENTES

O Globo – 19/12/2018

Carenet é startup especializada em transformar tecnologia em cuidados com a saúde

Uma tecnologia vem ajudando a monitorar a saúde principalmente de idosos: pulseiras que controlam sinais vitais e acionam familiares e equipe médica. A novidade tem deixado muita gente mais tranquila ao garantir maior agilidade no suporte a esse público.

A internet das coisas está por trás dessa possibilidade. A Carenet, startup integradora de dados de saúde, localizada

no inovabra habitat, espaço de inovação do Bradesco, é especializada nesse tipo de tecnologia.

“Hoje, temos três focos principais: a integração de sinais vitais de pacientes dentro e fora do hospital, o processamento desses dados para disparar alertas de intervenção, e uma comunicação entre o paciente e nosso cliente, que é normalmente uma empresa de saúde. Usamos aplicativos e portais para acompanhar o paciente dentro do programa de cuidado que ele tem”, explica Immo Paul, CEO da startup.

A partir do uso de IoT é possível construir uma plataforma para integrar dispositivos médicos, wearables (dispositivos eletrônicos usados no corpo, como os relógios inteligentes), ou qualquer aparelho que o paciente use e gere informações. “Integramos resultados muitas vezes por meio de um smartphone, de um gateway - essa é a parte da internet das coisas. Os elementos que integramos com os dispositivos médicos e os wearables são os que ajudam no monitoramento do paciente”, explica ele.

Segundo o CEO, a startup presta serviço para toda a cadeia de saúde: farmacêuticas, hospitais, empresas de gestão de saúde, planos de saúde, laboratórios e qualquer empresa que deseje acessar os dados gerados pelo paciente. Em cima desses dados, diversos serviços podem ser criados ou aperfeiçoados.

“Quando o Bradesco lançou o habitat, fomos convidados para entrar. Chegamos com a primeira onda no final do ano passado, o que já nos ajudou para encontrar um fundo de investimentos. É um ecossistema que aproveitamos para encontrar clientes, fazer prospecção - um dos nossos clientes, o laboratório Fleury, também está lá dentro”, comenta Immo.

A internet das coisas (IoT), tecnologia usada pela Carenet, é um dos eixos do inovabra habitat, espaço de coinovação do Bradesco. Os demais pilares tecnológicos do local são API, blockchain, inteligência artificial, computação imersiva e big data.

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

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

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



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

milliman.com