

ÍNDICE INTERATIVO

[Planos de Saúde: número de contestações de beneficiários cai nos últimos anos](#) - Fonte: Fenasaúde

[Acompanhe a última reunião da CATEC nesta quinta-feira \(21\)](#) - Fonte: ANS

[Qualicorp perde quase metade dos clientes em 2018, mas lucro cresce no 4º tri](#) - Fonte: Mixvale

[Dia do Consumidor, mais uma oportunidade para empoderar o beneficiário](#) - Fonte: IESS

[Planos poderiam economizar R\\$ 3,7 bi](#) - Fonte: Valor Econômico

[Pelo 7º ano seguido, Planos de Saúde seguem no topo do ranking do Idec; Serviços Financeiros sobem para 2º](#) - Fonte: Idec

[Hapvida planeja aquisições no Sul, Sudeste e Centro-Oeste em 2019](#) - Fonte: Valor Econômico

[Regulação sim, mas análise de impacto antes](#) - Fonte: IESS

[Estudo da MAPFRE analisa sistemas de saúde adotados no mundo](#) - Fonte: Saudebusiness

PLANOS DE SAÚDE: NÚMERO DE CONTESTAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS CAI NOS ÚLTIMOS ANOS

FenaSaúde – 1/03/2019

FenaSaúde fez levantamento com números dos Procons e da agência reguladora

Levantamento feito pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), a partir de dados de canais oficiais de atendimento ao cidadão, comprova a redução do número de reclamações dos beneficiários de planos de saúde nos últimos anos. Segundo os dados de 2018 do Sistema Nacional de Informações de Defesa do Consumidor (Sindec) – órgão da Secretaria Nacional do Consumidor, ligado ao Ministério da Justiça, que reúne os Procons de todo o país –, o segmento aparece, atualmente, na 16ª posição dentre os 20 listados, com apenas 1,28% do total de reclamações ou 28.023 queixas. Em 2017, o setor também se encontrava no 16º lugar, com 1,33% do total de reclamações ou 29.376 queixas. Já em 2016, o setor encontrava-se na 13ª posição geral, com 35.275 queixas ou 1,50% do total de reclamações. Por fim, em 2015, os planos de saúde estavam no 14º lugar, com 42.080 reclamações, o equivalente a 1,66% do total.

Já o órgão regulador do setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) contabilizou 98.252 reclamações de

beneficiários no ano passado, segundo dados da entidade. Esse montante de reclamações representa apenas 0,21% do total de 47,377 milhões de beneficiários de planos de saúde, ou seja, cerca de 1 reclamação para cada 500 beneficiários. “Na maioria dos casos, os questionamentos e as dúvidas dos consumidores são resolvidos com um simples contato com a empresa. Os resultados refletem o investimento das operadoras na qualificação dos canais de atendimento ao consumidor, como os SACs e Ouvidorias. As operadoras estão cada vez mais atentas às demandas do consumidor, de forma objetiva e transparente”, destaca o presidente da FenaSaúde, João Alceu Amoroso Lima.

As empresas disponibilizam diferentes instâncias de atendimento, de SAC’s a Ouvidorias, sempre buscando oferecer aos beneficiários canais diretos de comunicação e solução de demandas. A Federação e suas associadas estão sempre alertas e implementando as ações necessárias para incrementar a qualidade dos serviços, além de investir em uma comunicação cada vez mais clara e objetiva junto ao consumidor.

ACOMPANHE A ÚLTIMA REUNIÃO DA CATEC NESTA QUINTA-FEIRA (21)

ANS – 19/03/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realiza nesta quinta-feira (21) a 4ª e última reunião da Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores (CATEC).

O evento, que acontece no Rio de Janeiro e será transmitido das 10h às 18h pelo aplicativo Periscope (@ans_reguladora), terá a presença do diretor de Desenvolvimento Setorial, Rodrigo Aguiar, e de representantes das entidades listadas na Portaria nº 8/2018.

[Clique aqui para acompanhar a transmissão](#)

A Câmara Técnica teve a finalidade de colher subsídios para avaliação da necessidade de revisão e aprimoramento da regulação setorial acerca da contratualização entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços. Nesta última reunião, serão debatidas as propostas de encaminhamento aos problemas regulatórios apontados pela ANS.

[Saiba mais sobre a CATEC](#)

[Participe da audiência pública sobre contratualização de planos.](#)

QUALICORP PERDE QUASE METADE DOS CLIENTES EM 2018, MAS LUCRO CRESCE NO 4º TRI

MixVale – 18/03/2019

SÃO PAULO (Reuters) - A administradora de benefícios Qualicorp viu sua base de clientes de planos de saúde cair quase à metade no ano passado, mas o lucro da companhia cresceu no quarto trimestre, apoiado na forte redução de despesas.

A Qualicorp anunciou nesta segunda-feira que seu lucro de outubro a dezembro cresceu 6 por cento ano a ano, a 96

milhões de reais. Já o resultado operacional medido pelo Ebitda (sigla em inglês para lucro antes de impostos, juros, depreciação e amortização) cresceu 18,4 por cento, a 238,3 milhões de reais.

A margem Ebitda subiu 8,1 pontos percentuais, para 49,7 por cento. A companhia atribuiu a alta nessa linha à melhora nas perdas com créditos incobráveis, bem como menos gastos com contingências regulatórias.

A receita líquida encolheu 0,9 por cento, para 479 milhões de reais, refletindo a base de beneficiários, que caiu 47 por cento, para 2,392 milhões de vidas.

A Qualicorp fechou 2018 com uma dívida líquida de 189,2 milhões de reais, o que representou um aumento de 40,4 por cento em 12 meses, principalmente devido ao pagamento de 206,9 milhões de reais referentes a um acordo de não competição.

A referência diz respeito a um acordo assinado em setembro com o fundador da empresa, José Seripieri Filho, que prometeu comprar pelo menos 150 milhões de reais em ações, valor equivalente à indenização recebida por ele em um controverso contrato de não competitividade assinado com a empresa.

DIA DO CONSUMIDOR, MAIS UMA OPORTUNIDADE PARA EMPODERAR O BENEFICIÁRIO

IESS - 15/03/2019

O foco de todo esforço no campo da saúde é (ou deveria ser) oferecer melhores resultados aos pacientes, aliando custo-efetividade e qualidade assistencial. Na busca por empoderar os beneficiários de planos de saúde, uma das ações mais importantes é conferir mais transparência ao setor, como já apontamos [aqui no Blog](#).

Nesse sentido, aproveitando o Dia Mundial do Consumidor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou uma lista elencando os principais pontos a serem avaliados durante o processo de contratação de um plano de saúde – [confira aqui](#).

A iniciativa também é extremamente positiva para as Operadoras e para a sustentabilidade econômico-financeira do setor. Afinal, acreditamos que ter beneficiários melhor informados e mais próximos do processo decisório – efetivamente no controle de sua própria saúde – é um passo

certeiro no caminho de reduzir desperdícios e até mesmo a judicialização na saúde. Vale lembrar, há evidências na literatura que descrevem que a mudança de um plano normal para um plano de franquia anual com poupança pode causar uma redução das despesas entre 11,1% e 15,4% apenas em função do incentivo ao controle de custos pelos próprios beneficiários – saiba mais.

Também há evidências internacionais sobre a relevância de disponibilizar informações para os pacientes. A palestra de Andrew Vallance-Owen, presidente do Private Healthcare Information Network (PHIN), durante sua apresentação no [Seminário Internacional Qualidade Assistencial e Segurança do Paciente em Serviços de Saúde](#), que realizamos em agosto do ano passado, demonstrou como a disponibilização de informações para as escolhas dos pacientes no sistema privado de saúde foi benéfica ao Reino Unido. Confira.

PLANOS PODERIAM ECONOMIZAR R\$ 3,7 BI

Valor econômico – 14/03/2019

Estudo da Unidas mostra que medidas de atenção primária ao paciente evitariam gastos com internação

Com atenção médica primária, as operadoras de planos de saúde de autogestão poderiam ter economizado cerca de R\$ 370 milhões em internações hospitalares em 2017. Extrapolando esses dados para todo o setor de convênios médicos, a economia chegaria a cerca de R\$ 3,7 bilhões, segundo dados da Unidas (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde).

A entidade reúne operadoras administradas pelas próprias empresas contratantes do benefício como, por exemplo, Banco do Brasil e Petrobras. Atualmente, há 4,6 milhões de usuários de convênios médicos de autogestão, o que representa cerca de 10% de todo o setor, que tem 47,3 milhões de beneficiários.

Segundo João Paulo dos Reis Neto, presidente da Unidas, essa redução seria possível com um acompanhamento constante a pacientes, principalmente com doenças crônicas. Entre os usuários de planos de autogestão, cerca de 20 mil internações hospitalares poderiam ter sido evitadas em 2017. Essas internações foram motivadas por problemas relacionados, principalmente, a gastroenterite infecciosa (infecção intestinal), infecção no rim e trato urinário e doenças cerebrovasculares.

Ainda de acordo com o presidente da Unidas, o custo médio de uma internação para as operadoras de autogestão foi R\$ 18,6 mil em 2017. No entanto, nem todas as operadoras desembolsam essa quantia. Dados da Anahp, entidade que reúne os 100 maiores hospitais privados do país e que atendem operadoras sem rede própria, mostram que em 2017

a receita média das internações foi de R\$ 13,8 mil. O custo de internação para operadoras verticalizadas como Hapvida e NotreDame Intermédica é menor porque elas possuem seus próprios hospitais.

A atenção médica primária é considerada, atualmente, o caminho mais eficaz para reduzir o custo da saúde — os reajustes dos convênios médicos corporativos bateram na casa dos 20% em 2018.

Tanto operadoras como prestadores de serviços começaram a investir em programas envolvendo atenção primária e médicos de família para evitar internações e procedimentos em pronto-socorro, que são as maiores contas das operadoras e seguradoras de saúde e que impactam o preço

dos planos para os usuários. Alguns hospitais como Sírio-Libanês e da Rede D'Or — que poderiam ser afetados negativamente com um número menor de internações — também vêm investindo nesse tipo de iniciativa, com abertura de clínicas de atenção primária.

O Sírio-Libanês reduziu em 27% o custo per capita do plano de saúde dos seus funcionários com adoção de um programa com médico de família. A Rede D'Or obteve uma economia de 30% num modelo de convênio médico, inicialmente ofertado aos seus colaboradores, em que a maior parte da rede credenciada pertence ao próprio grupo hospitalar. A Rede D'Or faz a gestão do risco desse plano, com acompanhamento constante dos pacientes.

PELO 7º ANO SEGUIDO, PLANOS DE SAÚDE SEGUEM NO TOPO DO RANKING DO IDEC; SERVIÇOS FINANCEIROS SOBEM PARA 2º

Idec – 14/03/2019

O Idec divulgou nesta quinta-feira (14), durante a semana do Dia Mundial do Consumidor, o seu ranking anual de atendimentos. No topo do levantamento de 2018, e pelo sétimo ano consecutivo, ficaram os questionamentos

relacionados a Planos de Saúde, com 30,2% dos registros; seguido por Serviços Financeiros (16,8%); Produtos, com 16,7%; e Telecomunicações (15%).

Veja abaixo os dados dos últimos três anos:

Fonte: ANS - Tabnet - 08/03/2019

2016	2017	2018
1º - Planos de Saúde - 28,06%	1º - Planos de Saúde - 23,4%	1º - Planos de Saúde - 30,2%
2º - Serviços Financeiros - 19,2%	2º - Produtos - 17,8%	2º - Serviços Financeiros - 16,8%
3º - Produtos - 16,7%	3º - Serviços Financeiros - 16,7%	3º - Produtos - 16,7%
4º - Telecomunicações - 14,4%	4º - Telecomunicações - 15,8%	4º - Telecomunicações - 15%
	5º - Água, Energia e Gás - 7,2%	5º - Água, Energia e Gás - 4,1%
Outros - 21,52%	Outros - 19,1%	Outros - 15,7%

O principal tema abordado pelos associados do Idec sobre planos de saúde continua sendo reajuste abusivo, predominantemente de planos coletivos, que não são regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O percentual de casos envolvendo reajustes teve mais um ano de forte crescimento em 2018 e correspondeu a 52,8% - ou seja, mais da metade dos atendimentos desse segmento.

Excluindo os planos, outros temas relacionados à Saúde que tiveram reclamações em 2018 foram outros produtos relacionados à saúde, exceto medicamentos (1,8% das reclamações), medicamentos e farmácia (1,5%), serviços particulares de saúde (0,9%) e planos odontológicos (0,3%). Em segundo lugar no ranking geral e voltando a ocupar o posto que atingiu em 2016, a categoria de Serviços Financeiros foi responsável por 16,8% dos registros. Dentro do segmento financeiro, os atendimentos com problemas com 'cartões de crédito' e 'conta corrente e poupança' empataram com 22,5% dos chamados. Nesses dois tópicos merecem destaque as reclamações por falta de informações adequadas, cobrança de tarifas e taxas; e dificuldades de contratação e cancelamento de serviços.

Na terceira colocação, caindo uma posição em relação desde 2017, mas com quase a mesma pontuação que o segundo colocado, ficou a categoria de Produtos, com 16,7% dos atendimentos do Idec. O maior motivo das dúvidas estava

relacionada a produtos com defeito, seguido por descumprimento de oferta e falha na informação.

Em 2018, as dúvidas e queixas sobre telefonia móvel e fixa, TV por assinatura e internet seguiram na quarta posição, com 15%. TV por assinatura, seguidos por problemas com combos de serviços e telefonia móvel pré-paga foram os temas mais questionados.

Desde que registrou um forte aumento no número de atendimentos em 2017 (7,2%), os atendimentos sobre Água, Energia Elétrica e Gás passaram a ser contabilizados em um grupo separado. Apesar da queda registrada em 2018 para 4,1%, essa categoria ainda apresenta relevância nas reclamações dos associados do Idec, com a maioria delas sendo queixas sobre taxas e tarifas (61,4%).

Em complemento a divulgação do ranking de 2018, o Idec realizará atendimento gratuito e aberto ao público nesta sexta-feira (15), no Dia do Consumidor, e contará com a presença de advogados e especialistas em Planos de Saúde, Serviços Financeiros e Produtos - temas líderes do ranking. O atendimento será feito pelo telefone (11) 3874-2156 e presencialmente, em sua sede, na Rua Desembargador Guimarães, 21, bairro da Água Branca, em São Paulo, das 9h às 12h e das 14h às 17h.

HAPVIDA PLANEJA AQUISIÇÕES NO SUL, SUDESTE E CENTRO-OESTE EM 2019

Valor Econômico - 14/03/2019

A operadora de planos de saúde cearense Hapvida planeja comprar concorrentes nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste para ampliar sua atuação nacional, que até o momento está concentrada no Norte e Nordeste.

Jorge Lima, diretor-presidente da Hapvida, disse em teleconferência com analistas que está confiante em fazer aquisições, em linha com a meta revelada no "roadshow" feito pela companhia.

"Nossa presença em novas regiões será mais intensa ao longo de 2019", afirmou Lima. A expansão orgânica no Sul será iniciada no segundo trimestre com a abertura de um hospital de alta complexidade em Joinville (SC), localizado em uma das principais avenidas da cidade.

Apesar do plano de crescimento em outras localidades, o presidente disse que a operadora conseguiu ganhar participação em planos de saúde de 1,7 ponto percentual no Norte (24%) e de 1,5 ponto percentual no Nordeste (29,2%). Em planos exclusivamente odontológicos, a operadora

cresceu 2,7 pontos percentuais em 2018, atingindo 25,5% de participação de mercado nas regiões Norte e Nordeste.

Os reajustes dos planos de saúde corporativos vendidos pela operadora Hapvida deverão ser entre 1 e 2 pontos percentuais superiores aos dos planos individuais. Bruno Cals de Oliveira, diretor de finanças, disse que para "flexibilizar os reajustes no corporativo, a empresa está oferecendo às empresas o sistema de coparticipação, para ajudar a inibir uso desnecessário do plano, e incentivando a adesão a planos odontológicos", que neste caso possibilita uma negociação melhor do reajustes.

Segundo o relatório de resultados, o número de beneficiários da área de saúde cresceu 5,9%, enquanto o do segmento odonto avançou 18,6%. A sinistralidade, que mostra a relação entre despesas assistenciais e o total das receitas com operação de planos, ficou em 60,6% no último trimestre, 2,7 pontos percentuais acima da registrada um ano antes. No consolidado do ano, ficou em 59,7%, um crescimento de 1,3 ponto percentual.

Esse índice, alás, deve ser maior no primeiro trimestre de 2019 ante igual período do ano passado. "Esperamos que no início deste ano a sinistralidade seja pior, mas no acumulado de 2019 o índice ficará abaixo de 70%, como foi em 2018", disse Oliveira.

O executivo justificou que o comportamento da sinistralidade em 2018 ante 2017 aconteceu devido aos aumentos dos custos com a abertura de novas unidades, ao período de viroses que foi mais intenso no segundo e terceiro trimestres e à alta no ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) e da provisão de eventos ocorridos e não avisados (Peona). Segundo Jorge Lima, diretor-presidente da companhia, o aumento do aluguel com partes relacionadas também influenciou a sinistralidade. Parte dos imóveis usados pela Hapvida pertence à família Pinheiro, fundadora da empresa.

Lima acrescentou que 2018 foi desafiador para a operadora porque nos últimos três anos foram observadas quedas no número de usuários de planos de saúde, o que ocasionou a migração de quase 3 milhões de pessoas para o SUS. "Nas

regiões Norte e Nordeste, que temos atuação mais forte, a intensidade da queda foi maior no mercado de saúde suplementar."

Neste ano, a Hapvida prosseguirá com a estratégia de verticalização de serviços, segundo o diretor-presidente da empresa. De acordo com Lima, o intuito é internalizar novos serviços como fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia. Na área de diagnósticos a companhia planeja implantar serviços de imagem.

"Essas medidas ajudam a Hapvida a reduzir os custos com rede credenciada, além de gerir o serviço prestado ao cliente com mais qualidade", afirmou Lima. O diretor-presidente lembrou que outra fonte de redução de despesas serão as vendas de planos pela internet, que podem reduzir em R\$ 5 milhões as impressões de materiais.

Sobre o ambiente econômico, a expectativa é de que a retomada do crescimento possibilite diminuir os cancelamentos de planos e os usuários deverão permanecer mais tempo com os serviços.

REGULAÇÃO SIM, MAS ANÁLISE DE IMPACTO ANTES

IESS - 14/03/2019

Ontem, [aqui no Blog](#), publicamos uma análise da vencedora da categoria economia do VIII Prêmio IESS de Produção Científica em Saúde Suplementar, Marília Raulino, sobre a regulação econômico-financeira do setor de saúde como ferramenta de indução de políticas de gestão corporativa e combate à assimetria de informação.

Claro, como o próprio post aponta, há evidências nesse sentido e estudos que corroboram a tese. Nossa opinião, no entanto, é de que antes de tornar o setor ultra regulado, é melhor que as próprias empresas, especialmente Operadoras de Planos de Saúde (OPS) e Hospitais adotem iniciativas nesse sentido. O que pode funcionar tanto como um mecanismo de aperfeiçoamento quanto de prevenção a regulações que inviabilizem comercialmente a atividade.

Um exemplo claro de como a regulação "estrangulou" parte do segmento é a minguante participação de planos individuais no total de beneficiários. O segmento chegou a representar 24,7% dos vínculos com OPS no País em dezembro de 2004, mas a parcela de beneficiários nesse tipo de plano vem caindo desde então. No término de 2018, eles já eram 19,3%.

Para evitar resultados como este, acreditamos que é fundamental a instituição de Análise de Impacto Regulatório (AIR). Ou seja, o emprego de metodologia para avaliar custos e benefícios de uma determinada regra regulatória antes de sua promulgação, dando melhores subsídios para a tomada de decisão dos agentes reguladores. Exatamente como prevê o PL 6.621/2016 – conhecido como Lei das Agências –, atualmente em debate no Congresso Nacional.

Isso não significa que sejamos estritamente contra regulação. Muito pelo contrário. Em um de nossos estudos especiais mais recentes – "[Arcabouço normativo para prevenção e combate à fraude na saúde suplementar no Brasil](#)" –, conduzido em parceria com a PwC Brasil, demonstramos que a ausência de ato regulatório impacta 15% das despesas com saúde no País, como já abordamos [aqui no blog](#).

Esperamos apenas que as decisões sejam tomadas com base em informações técnicas relevantes, para que sejam realmente eficazes e não coloquem em xeque a sustentabilidade da saúde suplementar ou o acesso desta pelos beneficiários.

ESTUDO DA MAPFRE ANALISA SISTEMAS DE SAÚDE ADOTADOS NO MUNDO

Saúdebusiness - 14/03/2019

No “Relatório de Sistemas de Saúde: uma Análise Global”, o Serviço de Estudos da MAPFRE mostra que um sistema sanitário eficaz se caracteriza por uma maior capacidade de redução da mortalidade infantil (até quatro anos de idade), pelo controle de mortes associadas a doenças não-transmissíveis e pela promoção da expectativa de vida da população em geral.

O documento, publicado pela Fundación MAPFRE, também estabelece o Indicador de Eficácia de Sistemas de Saúde (IESS), que considera três aspectos: esperança de vida ao nascer; a porcentagem de mortes de crianças de 0 a 4 anos; e mortalidade de pessoas de 30 e 70 anos atribuíveis a doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou doenças respiratórias crônicas (DNTs). No ranking de 180 países, os que apresentam melhor desempenho são Japão, Suíça e Coréia do Sul – o Brasil está na 58ª posição.

De acordo com o relatório, nos países onde há cobertura de saúde universal gratuita, como Brasil, Reino Unido ou Espanha, o volume de seguro de saúde suplementar voluntário é menor, mas não desaparece.

Segundo os últimos dados disponibilizados pela OMS (Organização Mundial de Saúde), os gastos brasileiros com

saúde representaram em torno de 8,9% do PIB em 2015, dentro da média global. Em paralelo, a penetração dos serviços de saúde privada foi de 0,3%, em 2007, para 0,6%, em 2017. Nesses dez anos, os prêmios de seguros saúde subiram 358,5% frente a um aumento do PIB nominal de 141,2%.

Em agosto de 2018, o sistema de saúde suplementar brasileiro contava com 1.054 empresas, que atendiam a 70 milhões de beneficiários. Desses, 48 milhões tinha planos coletivos empresariais, 8 milhões, coletivos por adesão e 13 milhões, contratos individuais ou familiares. As operadoras de planos de saúde médico-hospitalares concentravam 34% dos clientes; as cooperativas médicas, 25%; e as seguradoras especializadas em saúde representavam 10%.

“Os sistemas de saúde são peças fundamentais para o desenho das sociedades modernas, e o mercado de saúde é um negócio com grande relevância para a indústria seguradora global”, afirma Fernando Pérez-Serrabona, novo CEO da MAPFRE Brasil. “Por esses motivos, é essencial buscar a prestação de um serviço cada vez com melhor qualidade, com foco em prevenção, conclui.”

O “Relatório de Sistemas de Saúde: uma Análise Global” está disponível na íntegra, em espanhol, no link.

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

© 2018 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.