

24 de Janeiro de 2018

PLANOS DE SAÚDE PERDERAM MAIS DE 280 MIL USUÁRIOS EM 2017, SEGUNDO A ANS

O Globo –24/01/2018

No Rio, mais de 123 mil pessoas deixaram de ter planos médico-hospitalares

RIO — O número de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares fechou 2017 em queda, passando de 47.586.547 usuários, em 2016, para 47.304.945. De acordo com os dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 281.602 pessoas deixaram de ter plano de saúde no ano passado, número menor que o de 2016, quando os planos perderam 1,4 milhão de usuários.

O Rio de Janeiro registrou uma perda de 123.732 usuários de planos de saúde, passando de 5.568.577, em 2016, para 5.444.845 pessoas com plano de saúde no ano passado. Já no estado de São Paulo, os planos perderam 160.226 usuários de um ano para outro. Em 2016,

eram 17.436.247 beneficiários, passando para 17.276.021 no fim de 2017.

O levantamento da ANS mostrou ainda que, em comparação com o mesmo período do ano passado, houve aumento no número de beneficiários de planos médico-hospitalares de 13 estados brasileiros: Amazonas, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Piauí, Rio Grande do Norte, Santa Catarina e Sergipe. Minas Gerais foi o estado com o maior crescimento notificado (números absolutos): 33.350 usuários, passando de 5.068.820 beneficiários, em 2016, para 5.102.170, em 2017. Em segundo lugar, ficou Ceará, com crescimento de 32.073 usuários, e em terceiro, Santa Catarina, com 22.043 usuários a mais.

Apesar da queda na comparação 2016/2017, na passagem de novembro para dezembro de 2017, houve um aumento de 108.551 beneficiários. Em novembro, o total de pessoas seguradas era de 47.196.394, enquanto em dezembro este total passou a 47.304.945 usuários de planos de saúde no país. No que diz respeito aos planos exclusivamente odontológicos também houve crescimento de 155.962 usuários na comparação com o mês anterior, chegando aos 23,2 milhões de beneficiários.

FUNCIONÁRIA CONSEGUE MANTER PLANO DE SAÚDE APÓS EMPRESA CANCELAR CONTRATO

Consultor Jurídico –23/01/2018

Mesmo quando a rescisão de contrato de plano de saúde coletivo acontece a pedido da empresa que o contratou, deve a seguradora ofertar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

Esse foi o entendimento da juíza Gisele Valle Monteiro da Rocha, da 1ª Vara Cível de São Paulo, ao obrigar uma seguradora a manter o plano de saúde de uma mulher que estava no meio de um tratamento de câncer de mama quando a empresa na qual trabalha cancelou o plano coletivo.

Na ação, a mulher contou que, após a empresa solicitar o cancelamento da apólice empresarial por questões financeiras, a seguradora não ofertou plano na modalidade individual, conforme determina a Agência Nacional de Saúde (ANS) e o Conselho de Saúde Suplementar (Consu).

A medida, segundo a trabalhadora, também violou a Lei 9.656/98 e o Código de Defesa do Consumidor, prejudicando a continuidade do seu tratamento. Por isso, pediu que o plano fosse obrigado a manter sua apólice, liberando seu atendimento na rede credenciada para que possa continuar o tratamento. A trabalhadora foi representada pelo advogado Eliezer Rodrigues de França Neto.

Em sua defesa, a seguradora alegou que, com o cancelamento do contrato, torna-se inviável a permanência do ex-segurado no plano, uma vez que não comercializa plano de saúde individual ou familiar nem tem autorização para isso.

Para a juíza Gisele Valle Monteiro da Rocha, no entanto, o modo que o contrato foi rescindido foi abusivo. Isso porque, segundo ela, houve a rescisão unilateral entre a seguradora e a ex-segurada, o que é permitido pela legislação desde que obedecidos alguns requisitos, entre eles ofertar plano individual, o que não ocorreu.

"Embora a ré [seguradora] tenha cumprido o requisito temporal (aviso prévio com antecedência mínima de 60 dias) e a empresa quem pediu o cancelamento, a ré descumpriu aquele que determina a oferta de plano individual ou familiar à autora, sendo, portanto, ilegal e abusiva a rescisão do contrato", afirmou a juíza.

Gisele Rocha disse ainda que a necessidade de ter sido ofertado o plano individual sem carência é reforçado pelo diagnóstico de doença grave, no caso o câncer de mama, para que ela pudesse continuar seu tratamento, sob pena de ofensa ao princípio da dignidade da pessoa humana e da boa-fé que deve nortear os contratos.

A juíza rechaçou ainda a alegação da seguradora de que não comercializa e não tem autorização para oferecer plano de saúde individual. "É que na hipótese não estamos tratando de um novo plano individual, mas de mera migração, ou seja, de continuidade de contrato já existente, apenas alterando-se sua natureza de coletivo para individual/familiar", concluiu.

MESMO COM MENOS USUÁRIOS, PLANOS DE SAÚDE SÃO ALVOS DE MAIS AÇÕES

Folha de S. Paulo –22/01/2018

Mesmo com a queda do número de usuários de planos de saúde em razão da crise econômica e do desemprego, o volume de ações judiciais contra as operadoras bateu recorde em 2017.

No Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, foram julgadas em média 120 ações por dia útil, totalizando no ano 30.117 decisões de primeira e segunda instâncias –contra 7.019 em 2011.

Os dados, que constam de levantamento inédito de núcleo da Faculdade de Medicina da USP que monitora a área, mostram que a judicialização cresce em ritmo mais acelerado do que a evolução da população com planos.

De acordo com o levantamento, em junho de 2011, eram 17.622.521 beneficiários, contra 17.351.547 no mesmo mês de 2017—ou seja, quase 280 mil a menos.

Uma das hipóteses é que, com a crise, muitos usuários migraram para os chamados planos de saúde empresariais com menos de 30 pessoas, também conhecidos como falsos coletivos, com regras que tendem a deixar o usuário mais desprotegido.

Por exemplo, passado um ano do contrato, ele pode ser rescindido unilateralmente pela operadora e o reajuste da mensalidade também fica livre. No contrato individual, que praticamente desapareceu do mercado, os aumentos têm teto fixado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Esses planos representam hoje 10% do mercado (4,5 milhões). "Houve uma epidemia de planos falsos coletivos no mercado suplementar e agora ela está chegando ao Judiciário. Os planos mais baratos têm um problema sério de cobertura", afirma o professor da USP Mario Scheffer, coordenador do levantamento.

Segundo ele, ao se deparar com negativas de cobertura ou com uma rede restrita de atendimento, que não conta com hospital especializado, por exemplo, o usuário tende a recorrer à Justiça.

De acordo com o levantamento, dentre os julgados em segunda instância em 2017 (12.078 decisões no total), a maioria está relacionada a exclusão de coberturas ou negativas de atendimento (40% das decisões).

As reclamações sobre reajustes de mensalidades, seja em razão de mudança de faixa etária, de sinistralidade ou de aumentos em contratos coletivos, figuram como segundo maior motivo da judicialização (24% das decisões).

Em 34% das ações julgadas no ano passado os demandantes são idosos que reclamam de negação de atendimento e do valor de mensalidades ou então são aposentados com dificuldades e impedimentos de manutenção no contrato coletivo.

Na opinião do advogado Rafael Robba, especializado na área da saúde e um dos pesquisadores do núcleo da USP, as falhas regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar são responsáveis pela escalada da judicialização envolvendo os planos de saúde.

Robba afirma que muitas demandas se referem a procedimentos, como exames, por exemplo, que não estão incorporados ao rol de

procedimentos mínimos, uma lista de serviços obrigatórios que planos de saúde devem oferecer para seus usuários e que é atualizada pela agência a cada dois anos.

"A atualização ocorre muito mais buscando o equilíbrio econômico financeiro das operadoras do que as políticas públicas de saúde", afirma o advogado.

ANS

Em nota, a ANS diz que os sistemas de saúde procuram incorporar tecnologias que sejam seguras, eficazes e sustentáveis, mas que não emitiria opinião sobre críticas em relação a supostas falhas regulatórias da agência.

A agência afirma ainda que publicou recentemente normativa com regras claras sobre a contratação de planos coletivos empresariais de forma a dar segurança jurídica à relação contratual.

A ANS esclarece que os beneficiários de planos de saúde contam com uma ferramenta de intermediação de conflitos para solucionar as queixas contra operadoras de maneira ágil.

De acordo com a agência, o índice de resolutividade das queixas tem alcançado índice em torno de 90%.

ACESSO À JUSTIÇA

Para o diretor executivo da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), José Cechin, o aumento da judicialização está ligado à facilidade de acesso à Justiça e à alta probabilidade de sucesso nas demandas judiciais.

Estudo anterior da USP com cerca de 4.000 decisões de segunda instância do Tribunal de Justiça de São Paulo mostrou que, em 92,4% dos acórdãos, a vitória foi do usuário.

"Muitas dessas demandas são de pessoas em busca de vantagens não estão previstas no contrato ou na regulação da ANS", diz.

Um exemplo, segundo ele, são ações para liberar internação em comunidades terapêuticas (para dependentes de drogas).

Uma operadora foi obrigada, por liminar, a fornecer cobertura integral da internação de quatro usuários em uma comunidade com diárias de R\$ 600,00, sem limite de prazo.

Cechin diz que outra situação frequente é a contratos antigos, de antes de 1999, que previam exclusões de coberturas, por exemplo, de órteses e próteses. "Essas pessoas foram convidadas a atualizar os contratos, mas preferiram ficar como estavam, ir à Justiça e pedir a prótese."

Sobre o segundo maior motivo de demandas judiciais, o reajuste de mensalidades, Cechin diz que eles incomodam também as operadoras. "Muita gente não consegue pagar e, com isso, o mercado vai encolhendo ainda mais."

Ele defende que a discussão se dê em torno das situações que geram custos e impulsionam o reajuste dos planos.

Entre elas, ele cita os preços praticados pela indústria da saúde (de equipamentos, dispositivos e medicamentos) e o fato de que muitos hospitais incorporam novas e mais caras tecnologias sem que elas tragam grandes benefícios ao paciente—em relação às antigas.

"Temos as aspirações globalizadas, dos americanos e japoneses, e capacidade financeira de tupiniquins", comenta.

ATRASO EM MENSALIDADE NÃO PODE IMPEDIR ATENDIMENTO DE URGÊNCIA, DECIDE JUIZ

Consultor Jurídico –22/01/2018

Uma operadora de plano de saúde foi condenada a pagar R\$ 30 mil de danos morais por negar atendimento de emergência a um bebê encontrado com pedaços de vidro na boca pelo fato de a mãe ter atrasado, em seis dias, o pagamento da mensalidade.

Na sentença, o juiz Francisco Soares da Silva, da 11ª Juizado Especial Cível de Manaus, apontou que a negligência representou atitude inaceitável “por não prestigiar a vida do filho da autora, em detrimento ao formalismo de contrato (...) causando violento abalo emocional na demandante”.

A cliente do plano de saúde informou que procurou um dos hospitais conveniados e, ao solicitar atendimento de urgência a seu filho — com pedaços de vidro na boca e com suspeita de ingestão —, foi informada de que o mesmo não poderia ser atendido devido à inadimplência de seis dias em sua mensalidade. Mesmo a mãe afirmando que o pagamento já estava sendo providenciado, o atendimento foi negado.

Diante da situação de urgência, a mulher se dirigiu a um hospital particular, onde o filho foi atendido após o pagamento de uma consulta avulsa. Posteriormente, ela foi à Justiça pedindo a condenação do plano de saúde, requerendo indenização por danos morais devido ao abalo psicológico sofrido “pela inoperância do plano de saúde em momento de urgência”, conforme petição.

Na sentença, o juiz Francisco Soares de Souza afirmou que os danos morais tornam-se evidentes diante dos fatos que originaram a ação. “Se fosse o caso de consulta médica ou exame clínico, ainda seria questionável a falta de atendimento, mas em se tratando de situação de emergência, quando uma criança teria pedaços de vidro em sua boca e, talvez, até engolido, realmente não há que se aceitar a tese ‘legalista’ da ré, mesmo porque, acima dos ordenamentos citados, temos a disposição contida na Carta Maior que aponta o direito à vida como um dos mais importantes direitos, inclusive superior a todos agitados na defesa constante nos autos, além de uma vasta construção doutrinária e jurisprudencial”, afirmou.

Na decisão, o juiz observou também a atitude dos funcionários da operadora. “A condição imposta pelos prepostos da ré foi muito cruel com a requerente, ao impor o pagamento de 700 reais ou a vida do filho. Na verdade, naquele momento, foi exatamente esta a condição imposta, embora não dita com as palavras verdadeiras. Estou convicto de que nenhum ser humano em estado de aflição, querendo salvar o filho, merece esse tratamento”, afirmou. Com informações da Assessoria de Imprensa do TJ-AM.

O DEBATE QUE NÃO HOUVE

FenaSaúde –22/01/2018

Confira o artigo do presidente da CNseg no Jornal Correio Braziliense

Mao Tsé Tung pontuou que, “se o capitalismo não consegue resolver as suas contradições, deve perecer”. Parece inacreditável, mas esse conceito arbitrário e arrogante ainda persiste alhures e aqui em terras brasileiras. Um exemplo paradigmático desse estado mental é a falta de debates equilibrados sobre o que foi alcunhado de “plano de saúde acessível”. Decorridos 29 anos da Constituição em vigor, e 19 anos da Lei de Planos e Seguros de Saúde, a dura realidade dos fatos se abateu sobre os fundamentos que prevaleceram àquelas épocas. Os sistemas das duas cartas legais vêm se mostrando progressivamente disfuncionais, ao ponto de levar à exclusão de milhões de brasileiros das coberturas de saúde. Seja no setor público, pelas filas, seja no privado, pelos custos. Em decorrência, várias discussões que vieram surgindo ao longo dos anos desaguaram em proposta concreta para buscar submeter a atual estrutura normativa do esquema privado ao escrutínio da realidade.

O plano acessível é ou foi um projeto, uma proposta, uma arquitetura aberta para que a sociedade possa deliberar sobre o destino de um serviço de tamanha essencialidade, como os planos privados de saúde. Mas está ocorrendo uma barreira protecionista dos que se consideram guardiões de supostos paradigmas da Constituição cidadã, e muito menos do que dela, dos paradigmas de uma lei ordinária originada de Medida Provisória que nem sequer foi votada. Essa condenação antecipada vem obstaculizando o progresso de soluções que deem conta da proteção de muitos milhões de brasileiros, ou de pelo menos proteger a sua liberdade de escolha da proteção que desejam: pública ou privada, ou ambas, como quis a “cidadã”.

Pois a desconstrução mais insidiosa do que é uma proposta para debate democrático parte de excêntrica tese de que o plano acessível viria “conceitualmente” a confrontar a vontade da medida provisória

(MP), travestida em lei, para retirar direitos duramente conquistados pelo povo, que nem sequer tomou conhecimento da famigerada MP. E, avançando mais, alega que, “conceitualmente”, a livre escolha, pelos cidadãos, de um plano de saúde diferente do arquetipo da MP colocaria em risco o próprio Sistema Único de Saúde, arruinando os seus atributos de universalidade e equanimidade. Agora parece ficar clara tanta fúria oposicionista no debate.

A questão principal que alguns querem esconder, ou confundir, é que o plano acessível, além de alternativo ao atual, e de contratação voluntária, responderá a muitas providências modelares que vão contra os únicos interesses de um circuito perverso de valorização da prestação de serviços médicos, eles mesmos os maiores causadores dos estratosféricos custos da medicina que expulsam milhões de cidadãos.

Então, diga o consumidor brasileiro, para além de cortinas ideológicas, se está contra os atributos do plano de saúde acessível, de escolha voluntária: médico generalista obrigatório, para orientar adequadamente o paciente; direcionamento ativo do paciente para uma rede de médicos especialistas que resolvam melhor o seu tratamento; direcionamento, pelo especialista, para laboratório e hospital de melhor resolubilidade; inclusão de coparticipação financeira dos beneficiários em determinados procedimentos, para que ele questione as indicações abusivas de profissionais de saúde; congelamento no contrato de inovações tecnológicas propostas pela indústria, para evitar que tenha que pagar por desperdícios. Isso, a um custo menor do que tem os planos atuais, amarrados a uma espiral inflacionária sem fim. A escolha pela continuidade do debate é sua, consumidor. Chega de gente que quer falar por você. Já foi o tempo em que a cidadania foi comandada por intérpretes dos cidadãos.

MARCIO SERÔA DE ARAUJO CORIOLANO é presidente da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNseg)

PROJETO PERMITE A APOSENTADO MANTER O PLANO DE SAÚDE

Agência Senado –19/01/2018

A Comissão de Assuntos Sociais (CAS), analisará, de forma terminativa, projeto que assegura ao beneficiário de plano de saúde decorrente de vínculo empregatício a manutenção do benefício, após a aposentadoria, independentemente do período de permanência no emprego, desde que passe efetuar seu pagamento integral.

O Projeto de Lei do Senado (PLS) 436/2016, do senador Hélio José (Pros-DF), altera a Lei 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

O texto também garante ao aposentado a continuidade do direito à assistência do plano de saúde, nas mesmas condições que tinha quando da vigência do contrato de trabalho, mesmo sem ter contribuído para o plano, se assumir o seu pagamento integral.

Voto favorável

O relator, senador Paulo Rocha (PT-PA), apresentou voto favorável à proposta. Para Paulo Rocha, a aprovação do projeto elimina o entrave burocrático que impede a continuidade do plano de saúde para alguns aposentados, sem trazer qualquer vantagem para as empresas.

O relator ainda destaca que o aposentado deverá arcar integralmente com as mensalidades do seu plano de saúde, não gerando impacto significativo sobre o equilíbrio atuarial dos planos de saúde coletivos empresariais.

Paulo Rocha ressalta que, atualmente, a grande maioria das empresas não mantém planos de saúde próprios, contratando grandes operadoras para fornecer esses produtos a seus empregados. Dessa forma, observa, não haverá qualquer obstáculo para a empresa manter o plano de saúde para o seu ex-empregado: o aposentado deverá arcar com os custos do contrato, enquanto o ex-empregador sequer se preocupará com a administração do plano.

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DE ALTO VALOR PARA O PACIENTE

IESS –18/01/2018

A importância do modelo de pagamento hospitalar é um assunto recorrente internacionalmente devido a sua importância na sustentabilidade na saúde suplementar. O assunto já foi tema em nossos trabalhos, como o [TD 64](#), que mostra benefícios de modelos de pagamento prospectivos, baseados na qualidade dos serviços, desfecho para o paciente e outras características.

Os diferentes modelos de remuneração também foram pauta de nossas publicações aqui no blog: [DRG, Bundled Payment, Pay for Performance \(P4P\)](#), [Global budget](#) e o [Captation](#). O objetivo foi mostrar as características de cada um desses modelos e sua aplicabilidade para diferentes realidades.

O trabalho [“Exploring Attributes of High-Value Primary Care”](#) (Analisando os atributos a assistência médica de alto valor para o paciente) tem a intenção de apontar evidências de como os procedimentos de alto valor para o desfecho clínico do paciente garantem a eficiência do sistema. O estudo foi publicado na [21ª edição do Boletim Científico](#).

Os pesquisadores analisaram dados de seguros de saúde nos EUA de 2009 a 2011, buscando identificar os atributos da assistência primária à saúde que são associados ao alto valor para o paciente. Foram identificados 13 atributos em comum nas clínicas classificadas como geradoras de alto valor. Alguns dos principais foram atendimento 24h e acesso ao prontuário eletrônico pelo paciente, decisão médica baseada em evidência, estratificação dos pacientes por nível de risco, entre outros.

O conhecimento desses atributos é de fundamental importância para ajudar médicos, fontes pagadoras, tomadores de decisões e outros agentes do setor para avaliar estratégias que gerem alto valor para o paciente e auxiliem na redução dos gastos com cuidados de saúde.

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL É A BASE PARA UM MELHOR ATENDIMENTO MÉDICO E HOSPITALAR

Saúde Business –17/01/2018

A inteligência artificial não é algo novo. Existem estudos sobre a tecnologia desde a década de 1950. Mas foi só nos últimos 10 anos que ela começou a decolar, graças ao crescimento da internet, da capacidade computacional das máquinas e do surgimento do big data. Prova disso é que em janeiro do ano passado o termo não estava nem entre os 100 mais procurados no site do Gartner, consultoria de análise de mercado. Hoje, ocupa a 7ª posição e é uma das cinco prioridades de investimento para mais de 30% dos CIOs.

No setor de Saúde, a tecnologia já apresenta ótimos resultados e pode ser usada tanto na parte de diagnóstico – a mais conhecida até o momento – quanto na gestão da instituição. Com ela, é possível evitar glosas e fraudes nas operadoras, reduzir o risco de contaminação nos hospitais, otimizar a alocação de leitos e, até mesmo, melhorar o atendimento aos pacientes.

Não há dúvidas sobre o benefício da aplicabilidade da tecnologia no diagnóstico ou suporte às decisões médicas, como na identificação de tumores cancerígenos já realizada nos Estados Unidos. No entanto, a inteligência artificial pode – e deve – ser usada também para melhorar os processos nas instituições do setor, impactando diretamente no atendimento prestado aos pacientes.

Nas operadoras, por exemplo, pode ajudar na identificação de fraudes antecipadamente, evitando prejuízos. Como o pedido de autorização é realizado manualmente, na maioria das vezes, a realização de procedimentos dispensáveis ou mais caros do que o necessário passam despercebidos. Com base em comportamentos prévios, a tecnologia poderá identificá-los antes que aconteçam e negar o pedido ou sugerir um tratamento mais adequado.

A IA contribui também para um melhor controle e redução das infecções hospitalares. Atualmente, o processo de liberação e esterilização de leitos conta com uma checagem manual, que muitas vezes é deixada de lado. Com a tecnologia, esse check-list será automatizado e mostrará aos profissionais, mais claramente, o que está faltando, além de indicar o quão predisposta a instituição está diante de determinadas infecções.

A tecnologia também possibilita uma previsão mais assertiva de cancelamentos e no show de pacientes em procedimentos agendados, como consultas ou exames. Para oferecer esses insights

ao negócio, a inteligência artificial analisa e correlaciona dados do hospital, como a agenda e o perfil dos usuários, e faz previsões com base no histórico. O reflexo dessa mudança não impacta apenas na otimização do atendimento, mas também de toda a operação, uma vez que o agendamento é apenas a porta de entrada da instituição e o não comparecimento de um paciente afeta todo o seu andamento – desde a alocação de aparelhos e profissionais até o uso de leitos hospitalares ou cirúrgicos.

Essa, inclusive, é outra questão do setor de saúde que merece atenção e pode ser aprimorada com a adoção da inteligência artificial. A tecnologia permite uma avaliação mais profunda dos dados da instituição, como tempo de internação, doenças e previsão de alta

dos pacientes. Hoje, todo esse processo é manual, o que dificulta a previsão de quantos leitos estarão vagos a cada dia, e a informatização é a premissa para resolver essa questão. É ela quem permitirá um planejamento mais preciso com base na capacidade de leitos e em um melhor conhecimento sobre o tempo médio de internação de cada perfil de paciente ou doença.

Diante de tantas possibilidades, é seguro dizer que essa tecnologia impactará toda a cadeia e não só a etapa de diagnóstico. Essa contribuição será fundamental para um melhor atendimento aos pacientes, menor índice de infecções hospitalares e maior rentabilidade das instituições, sejam elas hospitais, clínicas ou operadoras de planos de saúde.

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.

Milliman

Av. Nilo Peçanha, 50 Sala 601 Centro
Rio de Janeiro, RJ 20020-906 Brasil

Tel.: +55 21 22106313

milliman.com.br