

08 de Fevereiro de 2017

LEITURA RECOMENDADA

MILLIMAN – 30/01/2017

Recomendamos a leitura do Conselhos Milliman do mês de Janeiro. O artigo “Novos Produtos na Saúde Suplementar” que trata sobre novos produtos na saúde suplementar. Este debate faz-se necessário ao passo que os custos se mostram cada vez maiores, o setor perde beneficiários e o governo exige mudanças.

Leia mais em: <http://br.milliman.com/insight/2017/Conselhos-Milliman/>

PLANOS DE SAÚDE: AÇÕES JUDICIAIS AUMENTAM 631%

SEGS – 07/02/2017

Desde 2011, o número de ações judiciais contra os planos de saúde aumentaram 631%, saltando de 2.602 para 19.025 no ano passado. Segundo estudo realiza pela Faculdade de Medicina da USP, no período de seis anos foram 77 mil ações na primeira instância.

Já nos casos que foram para segunda instância, quando a operadora recorre da decisão, houve um crescimento de 146%,

subindo de 4.823 em 2011 para 11.377 em 2016. No total, em seis anos foram 58.512 ações nessa instância.

Nos casos de segunda instância, os beneficiários são os maiores vitoriosos, com 92,4% das ações favoráveis a eles. A causa é ganha pelos pacientes com acolhimento integral dos pedidos e muitas vezes incluindo reparações por danos morais pela espera, em 88% dos casos.

Entre os tipos mais comuns de ações judiciais está em primeiro lugar a exclusão de cobertura, com 44% dos casos entre 2013 e 2014. A manutenção no contrato coletivo e o valor da mensalidade dos aposentados fica em segundo lugar, com 27% das reclamações. Enquanto em terceiro, vem os reajustes com 17%.

APRENDENDO COM OS ERROS E ACERTOS DO OBAMACARE

IESS – 06/02/2017

Com o governo Trump que se inicia, fala-se no fim do Obamacare e na promessa dos republicanos de substituí-lo por algo melhor. Criado com o objetivo de ampliar o acesso, melhorar a qualidade e reduzir os custos dos planos de saúde nos EUA, aparentemente, o denominado “Affordable Care Act” – nome oficial do programa – não entregou tudo o que prometeu.

Para contextualizar o Obamacare: nos Estados Unidos, o sistema de saúde público não é universal. Lá, o governo fornece assistência à saúde apenas para pessoas de baixa renda, via o programa Medicaid, e para as pessoas a partir de 65 anos, via programa Medicare. Desta forma, a população não coberta por esses dois programas precisa contratar plano de saúde. Porém, os Estados Unidos têm a saúde mais cara do planeta e nem todos que precisam conseguem contratar plano de saúde por lá, mesmo hoje, com o Obamacare.

Os números da saúde norte-americana impressionam. É o país que mais gasta com saúde no mundo, em valor total, em termos per capita e em porcentual do PIB. O gasto anual total com saúde por lá é de US\$ 3,2 trilhões (2015). É quase o dobro do PIB brasileiro. Em termos per capita, a despesa é de quase US\$ 10 mil por ano, enquanto em países desenvolvidos esse valor está em torno de US\$ 4,5 mil/ano. Por fim, o gasto com saúde é quase 18% do PIB americano, enquanto que nos países desenvolvidos esse valor é próximo de 9%.

Outro fato importante está na concentração dos gastos de saúde em um número relativamente pequeno de pessoas. Cerca de US\$ 1,6 trilhão, ou 50% dos dispêndios anuais com saúde, são gerados por 5% da população, ou seja, aproximadamente 16 milhões de pessoas. Isso mesmo, o gasto médio per capita dessas pessoas é de US\$ 100 mil por ano, dez vezes o padrão médio da população. São pessoas que acessam os serviços de saúde com mais frequência e cujos serviços são mais caros, boa parte deles doentes crônicos e idosos, esses últimos cobertos pelo Medicare, o qual tem um gasto anual de US\$ 650 bilhões. Por outro lado, os 50% dos americanos que menos gastam com saúde são responsáveis por apenas 3% da despesa anual com saúde do país.

E, mesmo assim, nem todos nos EUA têm cobertura de saúde, seja pública ou privada. De 1995 a 2013, o percentual dos americanos abaixo de 65 anos e sem qualquer cobertura de saúde flutuou em torno de 16,5%. Mas, o Obamacare, que começou em 2010, conseguiu reduzir esse percentual para 10,5%, em 2015.

Se, por um lado, o acesso a planos de saúde aumentou, o mesmo sucesso não veio em relação à contenção dos custos. Sobre isso, um fato diz tudo: em 2017, em metade dos estados americanos, o reajuste na mensalidade do plano de saúde do Obamacare será de pelo menos 20%. E, em oito estados, os reajustes serão de pelo menos 30%, chegando a 116% de aumento no Arizona. Um outro fato é igualmente alarmante: em todos os estados as seguradoras de saúde estão saindo do mercado do Obamacare, porque estão perdendo dinheiro, diminuindo em muito as opções de seguradoras aos beneficiários. Em 2016, apenas 2% dos beneficiários não tinham escolha e contavam com apenas uma seguradora ofertando planos de saúde do Obamacare em sua localidade. Em 2017, este percentual será de 21%.

O que deu errado? Em resumo, o Obamacare violou princípios básicos necessários à viabilidade dos seguros. Foi permitido que pessoas contratassem seguro saúde com cobertura para doenças preexistentes. E essa contratação foi turbinada pelo direito a renovação anual automática, por subsídios nas mensalidades e por limites máximos para as mensalidades dos mais velhos. A mensalidade para 64 anos não pode ser superior a três vezes a mensalidade de quem tem 21 anos, criando um subsídio entre as faixas etárias. Já a multa anual para quem não contratasse seguro saúde foi fixada em US\$ 695 por adulto, valor baixo se comparado ao custo de ter seguro saúde.

Logo, ao longo dos anos, o que ocorreu é conhecido por “death spiral”, ou espiral de seleção adversa. A cada ano o custo per capita vai aumentando, os mais saudáveis saem e permanece uma proporção cada vez maior de menos saudáveis. No ano seguinte, o custo aumenta de novo e o fenômeno se repete. O Obamacare criou períodos específicos de contratação a cada ano, para tentar evitar que as pessoas esperassem ficar doentes para então contratar plano de saúde. Porém, os fatos mostram que isso não funcionou. No fim, prevaleceu o desincentivo de contratação por pessoas mais saudáveis.

No Brasil, o fenômeno de inviabilidade há tempos atingiu os planos de saúde individuais, simplesmente porque as regras do jogo tornaram a sua oferta um negócio de altíssimo risco para a maioria das operadoras. Antes da regulação dos planos de saúde pelo governo, a seleção adversa já existia nos planos individuais, mas o produto era viável por conta de maior flexibilidade na formatação e reajuste de mensalidades e na definição coberturas.

Em 2003, três anos após a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os beneficiários de planos individuais com 59 anos ou mais já eram 17% do total, enquanto esse número para a

população brasileira era 9,1%. Em 2015, os planos individuais já tinham 24% de pessoas nessa faixa etária, ante 12,6% da população brasileira, fenômeno explicado pelo envelhecimento populacional. Porém, a regulação criada pela lei 9.656/98 engessou as coberturas em patamares que os tornaram caros demais para muitas pessoas. Além disso, a partir de 1999 o governo passou a controlar o reajuste anual dos planos individuais, permitindo reajustes máximos muito aquém da variação de custo percebida pelas operadoras, que passaram a acumular prejuízos nessa operação. Ao mesmo tempo, o rol mínimo de coberturas foi sistematicamente ampliado a cada dois anos, sem a possibilidade de uma contrapartida na adequação das mensalidades. Uma conta que, por si só, já não fechava.

Porém, muito da inviabilidade dos planos individuais veio a partir de outra lei, o Estatuto do Idoso, que, desde 2004, fez com que a última faixa etária dos planos de saúde começasse aos 59 anos, sendo que a regulação da ANS ao mesmo tempo exige uma mensalidade para essa faixa que não supere em seis vezes a mensalidade da faixa etária até 18 anos. Com o rápido envelhecimento populacional, especialmente com o aumento da proporção de idosos, definitivamente essa conta não fecha.

Pelo visto, as experiências nos EUA e no Brasil mostram que governos e legisladores, com as melhores intenções de proteger consumidores e ampliar a cobertura de planos de saúde, acabam por vezes em criar regras que inviabilizam a oferta desses planos, resultando no oposto do desejado.

Fica então como aprendizado que as soluções, tanto para os EUA quanto para o Brasil, encontram-se na reversão das regras falhas que inviabilizam a oferta de planos de saúde. De nada adiantará o governo Trump desconstruir o Obamacare se não tiver esse princípio em mente. Enquanto isso não acontecer, a situação apenas tende a se agravar, lá e aqui.

PLANOS PODEM FICAR INSUSTENTÁVEIS

CORREIO BRAZILIENSE –06/02/2017

A saúde suplementar passa por um momento de ajuste. O custo crescente com inovações tecnológicas, desperdícios, remuneração por procedimento e fraudes são os fatores que influenciam o aumento dos gastos com a saúde privada. Representantes do setor e especialistas não têm dúvidas de que é preciso mudar esse quadro. Em 2016, por exemplo, mesmo com a perda de 1,37 milhão de participantes, a margem operacional das empresas teve queda de 0,48%. As despesas somaram R\$ 131,6 bilhões, enquanto as receitas totalizaram em R\$ 131 bilhões, aponta a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

Sem mudanças estruturais, o mercado de saúde suplementar pode se tornar insustentável. “As empresas estão sufocadas financeiramente. Se a situação se mantiver por mais uma década, o setor não sobreviverá”, diz o diretor-executivo da entidade, Antônio Carlos Abbatepaolo. Na avaliação dele, só em 2020 as operadoras recuperarão o número de beneficiários de 2014, de mais de 50 milhões.

A Abramge, junto com a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), discute um novo modelo de negócios. A ideia é remunerar hospitais e clínicas não mais pela quantidade de procedimentos feitos, mas pela qualidade do serviço. Hoje, quanto mais insumos são utilizados, maiores são os gastos para as operadoras, inclusive com eventuais desperdícios, fraudes e abusos, tratamentos excessivos, sobre preço, ou outras formas. A ideia é padronizar, com modelos de pacotes, como ocorre em outros países.

Com os investimentos em tecnologia elevando os custos médico-hospitalares, insistir no atual modelo implica aumentos de despesas para as operadoras, que inevitavelmente continuarão sendo repassados aos consumidores. A ideia é promover um sistema que reúna grupos de pacientes com as mesmas doenças e perfis médicos para estabelecer um valor fixo a ser pago pelo tratamento. “A intenção é que haja um direcionamento mais ou menos obrigatório, que dependerá de uma regulamentação”, destaca Abbatepaolo.

Para a presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Mendes, a redução de custos passa pelo combate às fraudes, por um rol de procedimentos mais contidos e por adaptações à capacidade de pagamento da população – como os planos de saúde populares, proposta do governo Temer para reduzir os gastos com saúde pública e a pressão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). “Sem mudanças, os preços irão para um patamar que a maioria das famílias não terá condições de pagar”, diz ela.

Apesar de não haver um modelo definido em relação aos planos populares, a expectativa de Solange é que o novo produto custe 20% menos para os consumidores. “Estamos tentando reduzir o custo, adotando mecanismos como coparticipação do cliente e implementando um sistema hierarquizado com base na atenção primária, além de rever prazos, taxas e exigências que as empresas devem cumprir para poder oferecer o produto”, conta.

Uma alternativa é o chamado pay for use, que funcionaria como os seguros de automóveis. O consumidor pagaria em caso de um exame ou procedimento, o que poderia reduzir os custos mensais com saúde, avalia o consultor André Rocha, sócio da EXM Partners. Ele também defende uma reestruturação na gestão dos hospitais, sobretudo na logística, o que ajudaria a reduzir os custos com a saúde privada.

OPERADORAS PRECISAM DISCUTIR PAUTA COMUM

SAÚDEBUSINESS –06/02/2017

O mercado de seguradoras de saúde projeta um ano de 2017 desafiador, entretanto poderá ser também um ano de uma retomada consistente para o setor.

Para entendermos melhor os desdobramentos do mercado, conversamos com Helton Freitas, Presidente da Seguros Unimed sobre as pautas comuns entre as operadoras e sobre o foco da companhia no ano de 2017.

Helton Freitas é médico, especialista em Saúde Pública, com foco em Planejamento e Administração de Serviços de Saúde, atuou tanto na área pública quanto na privada em cooperativas. Em 1998, ingressou no Sistema Unimed, participando da modernização da Unimed-BH e de diversas estruturas nacionais. Desde 2015, em razão do falecimento do então diretor-presidente Rafael Moliterno Neto, assumiu a presidência da companhia.

A Seguros Unimed iniciou suas operações em 1989, com o objetivo de atender as demandas do Sistema Unimed e dos médicos cooperados. De lá pra cá, a seguradora cresceu como especialista em soluções para o setor de saúde, que correspondem a seu principal foco estratégico.

Na visão de Freitas, 2015 não foi um ano muito bom em função da crise e de decisões internas: "Esse foi um período de "arregaçar as mangas", limpar carteiras, rever negócios e ajustar o foco".

Em 2016, a companhia realizou ajustes importantes com relação a carteira de clientes, adotando uma política de sustentabilidade, com relação ao prazo de validade de suas carteiras.

Com a tendência do mercado em investir cada vez mais em remuneração por pacote, uma nova aposta da empresa é um produto que está em fase de testes, direcionado para trabalhar a intercorrência cirúrgica, ou seja, quando um procedimento ocasiona uma complicação inesperada. De acordo com Freitas, é algo muito recorrente, ou seja, um risco segurável. O principal objetivo desse produto é atender toda uma demanda, uma vez que a intercorrência cirúrgica gera muitos transtornos nas instituições hospitalares.

Em questionamento sobre como o paciente pode ser o ator da própria saúde, Freitas afirma que "hoje se fala de prevenção quaternária, especialmente médica. Não basta colocar uma carteirinha no bolso do paciente e achar que ele vai ter discernimento para fazer o melhor programa de saúde para ele, isso não procede. Precisamos fazer uma discussão mais estruturada sobre qual modelo de assistência vamos trabalhar, não podemos continuar em um modelo tão fragmentado".

Os modelos europeus são baseados em atenção primária, isto é, o usuário tem um médico de referência, que é o seu cuidador, sua referência e orientação. Este pode ser um caminho para o empoderamento do paciente, entretanto, esse é o modelo mais sustentável e menos oneroso? Em saúde, tudo é muito caro, e podemos concluir que, até o momento, não temos um "modelo perfeito" que atenda os pilares do triple aim: acesso, qualidade e custo.

A discussão precisa evoluir entre os players e Freitas afirma que é necessário criar alguns consensos entre as principais seguradoras, já que cada operadora tem seus modelos de atendimento.

Ao falarmos de mudança de modelo assistencial, é necessário que as empresas, ou seja, os clientes das operadoras, que são efetivamente responsáveis pelo pagamento das contas, participem dessa discussão. As organizações empresariais devem se empoderar mais dessa questão. O cliente corporativo que paga a conta para a maioria dos envolvidos na saúde suplementar precisa se apropriar de mais conhecimento sobre esse debate.

Uma outra discussão seria sobre a necessidade de indicadores de qualidade na saúde suplementar e neste ponto, Freitas é bem categórico:

"Nós não temos indicadores de qualidade na saúde suplementar. Essa métrica não existe, temos restrições até no próprio modelo de avaliação de performance, no modelo de cuidado."

Sendo assim, é necessário investir em discussões de pautas comuns, escolher temas estratégicos, e pontuar o que for mais relevante para o processo.

Mesmo após um 2016 com muito trabalho e investimentos, a Seguros Unimed prevê, em 2017, colocar a vertical de

Odontologia em um outro patamar, investir no crescimento em saúde baseado em um modelo sustentável, endógeno em termos de contratos. E, além disso, promover iniciativas para a evolução do modelo assistencial e a promoção de discussões sobre os produtos de ramos elementares e de previdência.

DINHEIRO QUE TRAZ SAÚDE

ISTO É –06/02/2017

O setor de planos de saúde sentiu na pele os efeitos da recessão econômica no ano passado. Com a disparada do desemprego, que superou a marca de 12 milhões de pessoas, 1,4 milhão de trabalhadores perderam a assistência médica em 2016, retração de 2,8%. Apesar do ambiente de dificuldades, houve quem olhasse o mercado com otimismo. É o caso da britânica Bupa, a maior operadora do Reino Unido com receita de US\$ 12,4 bilhões. A companhia adquiriu a brasileira Care Plus, líder no segmento *premium*, de olho na reação da economia e, principalmente, nos consumidores de alta renda dispostos a pagar R\$ 1,6 mil mensais por planos com cobertura internacional. A operadora não revelou a quantidade paga pela Care Plus, cujo faturamento foi de R\$ 700 milhões ano passado.

De acordo com Moses Dodo, diretor geral da Bupa para a América Latina, a empresa decidiu apostar com calma no mercado brasileiro. "Estamos de olho no Brasil faz tempo e enxergamos esse como o melhor momento para entrar", diz Dodo. "O investimento trata-se de um passo pequeno diante da ambição que temos no País." A Care Plus, que terá seu nome mantido, possui 100 mil beneficiários e continuará sendo comandada pelo fundador Roberto Lagana Pinto. A ideia inicial é captar clientes que exigem serviços cada vez mais personalizados e com demandas para fora do Brasil.

A partir de março, a empresa passará a comercializar planos internacionais – ou seja, o paciente poderá ser atendido nos melhores hospitais do País ou em qualquer um dos 190 países em que a Bupa atua. "Mesmo morando fora, os brasileiros voltam para cá para ser atendidos em locais como Albert Einstein e Sírio-Libanês", diz Dodo. Para o diretor geral, os clientes em potencial são executivos de multinacionais e expatriados, além dos atuais beneficiários da própria Care Plus, que ainda não tinham acesso a

esse tipo de cobertura. O preço médio do plano internacional, que será o mais elevado, é de cerca de US\$ 500. "Esse público costuma dar muita importância para a saúde e não deixa de investir em planos nem com a crise", afirma José Cechin, diretor executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde).

Com essa estratégia, a Bupa prevê crescer 25% ao ano no Brasil e ultrapassar a subsidiária mexicana, a maior da América

Latina, no fim de 2017. A partir daí novas aquisições e mudanças do modelo de negócio podem surgir, segundo ele. Em países como o Chile e Inglaterra, a Bupa possui uma operação verticalizada e diversificada, com hospitais e clínicas particulares abertas para todas as classes sociais. Esta primeira experiência no Brasil será fundamental para saber se essa estratégia será algo possível por aqui. "Primeiro, precisamos aprender o Brasil, que não é algo tão simples", diz Dodo.

A MÁFIA DAS PRÓTESES

ISTO É –06/02/2017

Diretor da Associação Brasileira de Planos de Saúde, o advogado Pedro Ramos lançou um livro sobre os esquemas entre fornecedores, hospitais e médicos envolvendo a aquisição exagerada e irregular de próteses. Em "A máfia das próteses", o advogado conta casos de pacientes enganados, submetidos a cirurgias para colocação de próteses desnecessárias, e fornece informações sobre os prejuízos causados pela ação das quadrilhas.

ISTOÉ: Qual o tamanho do mercado envolvendo a máfia das próteses?

Pedro Ramos – No Brasil ele dá mais dinheiro do que o tráfico de drogas. A situação aqui é escabrosa

ISTOÉ: Quais as principais cirurgias visadas pelo esquema?

Pedro Ramos – As de coluna, coração, cérebro e joelho. No livro há história de uma senhora de Porto Alegre, de 76 anos, que teve implantados na coluna vinte parafusos. No fim, teve infecção generalizada e foi obrigada a tirar dezesseis. Isso é desumano. Um médico que faz isso não é médico.

ISTOÉ: Pode dar um exemplo do quanto os participantes do esquema podem ganhar ao vender aos pacientes próteses desnecessárias?

Pedro Ramos – Veja o caso de um *stent* para doença cardíaca. Um dispositivo desse recoberto com drogas (mais modernos) tem custo de R\$ 400 reais de fabricação. Os planos de saúde chegam a pagar R\$ 14 mil pela implantação de cada um deles em alguns hospitais de primeira linha.

ISTOÉ: Como os pacientes podem se proteger?

Pedro Ramos – Defendemos a segunda opinião médica. O paciente precisa saber que tem esse direito e que deve exercê-lo.

FATURAMENTO DO GRUPO BRADESCO SEGUROS CRESCE 10,5%

INVESTIMENTOS E NOTÍCIAS –02/02/2017

O Grupo Bradesco Seguros, líder do mercado segurador nacional com atuação multilinha e presença em todas as regiões do país, encerrou o exercício de 2016 com faturamento de R\$ 71,4 bilhões, o que representa crescimento de 10,5% sobre o ano anterior, nos segmentos de Seguros, Capitalização e Previdência Complementar Aberta.

O lucro líquido registrou evolução de 5% na mesma base de comparação, totalizando R\$ 5,6 bilhões, com Retorno sobre o Patrimônio Líquido Ajustado de 23%.

O perfil multirrama do Grupo Segurador contribuiu para preservar nosso equilíbrio operacional em 2016, ao possibilitar que os impactos sofridos por determinados segmentos fossem compensados por ganhos em outras categorias de produtos – destaca o Presidente do Grupo Bradesco Seguros, Randal Zanetti.

Na comparação com 2015, os segmentos que apresentaram maior evolução foram Saúde (14,7%), Vida e Previdência (10,7%) e Capitalização (6,5%).

Em Saúde, a carteira de Pequenas e Médias Empresas cresceu 27% em receita, atingindo cerca de um milhão de vidas e mais de 140 mil empresas clientes. No total, o Grupo Segurador conta com mais de 4,1 milhões de segurados no segmento.

O volume de Provisões Técnicas registrou aumento de 25,6%, atingindo R\$ 223,3 bilhões, e os ativos financeiros avançaram 26,1%, superando R\$ 242 bilhões. Já o total pago pelo Grupo Bradesco Seguros em indenizações e benefícios alcançou R\$ 52,3 bilhões em 2016, alta de 15,4% em relação a 2015.

Destaque, também, para o Índice de Eficiência Administrativa, que manteve o patamar de 4% – um dos menores dos últimos períodos –, refletindo o benefício gerado pela racionalização de gastos, e para o Índice de Comercialização, que recuou 0,4 pp (em ambos os casos, quanto menor o índice, melhor o desempenho).

O CELULAR E SAÚDE DOS BRASILEIROS

IESS –01/02/2017

A lista de possibilidades é extensa. Há aplicativos para ajudar a controlar o peso, para se alimentar melhor, para lembrar de tomar remédios nas doses e horários corretos e até para engajar e integrar paciente, médico, indústria, operadoras de saúde, farmácias.

A própria ANS possui um aplicativo que disponibiliza informações como: dados das operadoras; reajuste de planos individuais e familiares; e, consulta sobre a cobertura obrigatória de acordo com o plano de saúde contratado.

Muitas operadoras de planos de saúde também possuem aplicativos para facilitar o contato com seus beneficiários, tirar dúvidas, encontrar médicos, hospitais, laboratórios e outros serviços

credenciados cobertos pelo plano. Contudo, comparando o total de downloads desses aplicativos e o número de vínculos, não é difícil perceber que ainda é muito baixa a parcela de beneficiários que conhece ou utiliza esses recursos.

Todas essas funções trazem benefícios não só para o paciente, mas sim para toda a cadeia do setor de saúde suplementar, prova disso é o estudo “Mobile Health Apps to Facilitate Self-Care: A Qualitative Study of User Experiences”, publicado no 13º Boletim Científico com o título “Aplicativos móveis de saúde para facilitar o autocuidado: um estudo qualitativo das experiências dos usuários”, que acompanhou usuários para saber até que ponto esses aplicativos são realmente eficazes em promover uma mudança comportamental e, efetivamente, auxiliar as pessoas a cuidarem melhor da própria saúde. Os resultados são positivos, como já apontamos aqui.

Só falta os beneficiários descobrirem que podem contar com eles.

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