

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

30 de outubro de 2024



ÍNDICE INTERATIVO

[ANS atualiza painel dinâmico sobre atenção à saúde materna e neonatal](#) – Fonte: (GOV) ANS

[Reajuste dos planos de saúde será menor em 2025: o que esperar](#) – Fonte: Seu Crédito Digital

[Contratação de planos odontológicos no país cresce mais de 35% desde 2020](#) – Fonte: Tribuna Hoje

[ANS quer mudar regras para planos ambulatoriais](#) – Fonte: CQCS

[ANS quer melhorar qualidade da informação prestada pelas operadoras aos beneficiários](#) – Fonte: (GOV) ANS

[Deputado cobra explicações após aumento em cobranças de planos de saúde](#) – Fonte: O estado

[STF valida recuperação judicial de cooperativas médicas](#) – Fonte: Estadão

[Flexibilidade e tecnologia no radar da saúde suplementar](#) – Fonte: Medicina S.A

ANS ATUALIZA PAINEL DINÂMICO SOBRE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNA E NEONATAL

(GOV) ANS– 29/10/2024

Ferramenta permite a consulta de indicadores de prestadores de serviços de saúde e de operadoras de planos de saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atualizou o Painel de Indicadores da Atenção à Saúde Materna e Neonatal com dados de 2022. A versão revisada, que já está disponível no site da ANS, inclui os resultados referentes a 2022 para os 10 indicadores de prestadores de serviços de saúde, calculados a partir de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e de bases de dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), também foram acrescentados os resultados relativos a 2022 para os cinco indicadores de operadoras de planos de saúde, calculados a partir de dados do Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar - TISS.

O Painel de Indicadores da Atenção à Saúde Materna e Neonatal é atualizado anualmente. A ferramenta permite a realização de pesquisas, exportação de dados, gráficos e mostra os resultados dos indicadores dos prestadores de serviços de saúde como tabela. Confira abaixo os dados disponíveis na ferramenta:

Indicadores de Prestadores de Serviços de Saúde:

- Total e percentual de partos vaginais
- Total e percentual de partos cesáreos
- Percentual de nascidos vivos com Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida
- Percentual de nascidos vivos com peso < 2.500g (baixo peso)
- Percentual de nascidos vivos por idade gestacional - parto vaginal
- Percentual de nascidos vivos por idade gestacional - parto cesáreo

- Percentual de partos cesáreos realizados antes do trabalho de parto
- Percentual de partos vaginais assistidos por enfermagem obstétrica
- Grupos da Classificação de Robson
- Percentual de tipo de parto por Grupo de Robson
- Segurança do Paciente - Notificação no Notivisa
- Segurança do Paciente - Disponibilidade de Núcleo de Segurança do Paciente

Indicadores de Operadoras de planos privados de saúde:

- Total de partos por ano
- Percentual de partos vaginais
- Percentual de partos cesáreos
- Taxa de consultas médicas de pré-natal
- Percentual de mulheres com acompanhante no pré-parto, parto ou pós-parto imediato

O Painel foi lançado em 2019 como uma estratégia do Movimento Parto Adequado para aumentar a transparência das informações relativas à atenção à saúde materna e neonatal. Com atualização e aprimoramento constantes, a ferramenta contribui para a redução de assimetria de informações e oferece às beneficiárias maior transparência quanto às características da atenção prestada no setor de saúde suplementar.

[Clique aqui](#) para ter acesso à nova versão do Painel de Indicadores da Atenção à Saúde Materna e Neonatal.

REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE SERÁ MENOR EM 2025: O QUE ESPERAR

Seu Crédito Digital – 29/10/2024

O reajuste máximo dos planos de saúde individuais e familiares para o ciclo 2024-2025 foi definido em 6,91% pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O novo percentual é inferior ao índice de 9,63% estabelecido para o período anterior (2023-2024). Essa redução representa um alívio moderado para os consumidores, que já enfrentam desafios financeiros em meio à alta de custos na saúde.

Como é definido o reajuste dos planos de saúde?

A ANS utiliza uma metodologia de cálculo que considera principalmente a variação das despesas assistenciais e o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), ajustado para

o setor de saúde. Essa abordagem leva em conta não apenas o aumento dos preços, mas também a frequência de utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários, o que ajuda a garantir maior previsibilidade para consumidores e operadoras.

Entendendo o percentual de 6,91%

O índice de 6,91% foi determinado após uma análise das despesas assistenciais per capita de 2023, que cresceram cerca de 10,16% em relação a 2022. Esses custos incluem consultas, exames, internações e procedimentos médicos, além dos insumos utilizados no atendimento. A redução do

percentual reflete a tentativa de equilibrar o impacto financeiro para os consumidores, sem comprometer a sustentabilidade das operadoras de saúde.

Como o reajuste será aplicado em 2025?

O reajuste autorizado pela ANS será aplicado no mês de aniversário do contrato de cada beneficiário. Para contratos que aniversariam em maio e junho de 2024, o reajuste pode começar a ser cobrado em julho, retroativo ao mês de aniversário do contrato. Já para contratos que aniversariam após julho, as operadoras podem aplicar o reajuste em até dois meses após o aniversário, respeitando o limite de retroatividade.

Os consumidores devem verificar seus boletos de cobrança para confirmar se o reajuste está correto e dentro do percentual máximo autorizado pela ANS. A agência orienta os beneficiários a procurarem os canais de atendimento das operadoras ou da própria ANS em caso de dúvidas ou divergências.

Impacto do reajuste nos consumidores

Apesar da redução em relação ao ano anterior, o reajuste de 6,91% ainda representa um aumento considerável para muitas famílias. Segundo dados da ANS, quase 8 milhões de pessoas no Brasil possuem planos de saúde individuais ou familiares regulamentados, o que corresponde a 15,6% do total de beneficiários de planos de saúde no país.

Assim, o impacto desse reajuste será sentido de maneira significativa por uma parcela importante da população.

Comparação com a inflação

Um ponto frequentemente debatido é a comparação entre o reajuste dos planos de saúde e a inflação geral medida pelo IPCA. Em 2023, a inflação foi de 4,62%, um valor inferior ao reajuste aprovado para os planos de saúde individuais.

No entanto, a ANS esclarece que os índices de reajuste dos planos não se baseiam apenas na inflação, mas também na variação dos custos de procedimentos médicos e na frequência de utilização dos serviços de saúde.

Por que o reajuste é diferente para planos individuais e coletivos?

Os reajustes dos planos coletivos não são regulados pela ANS, diferentemente dos planos individuais e familiares. Nos planos coletivos, os percentuais de aumento são definidos por meio de negociações diretas entre operadoras e empresas ou associações contratantes.

Em 2023, alguns planos coletivos registraram reajustes médios de até 17,85%, muito acima do percentual aplicado aos planos individuais.

Essa diferença se deve ao fato de que os planos coletivos seguem uma dinâmica de [mercado](#) distinta, com fatores como o tamanho do grupo, a sinistralidade e o perfil etário dos

beneficiários influenciando diretamente o cálculo do reajuste. Por isso, especialistas em defesa do consumidor alertam sobre a necessidade de maior regulação também para os planos coletivos, que representam mais de 80% do mercado de saúde suplementar no Brasil.

Como os beneficiários podem se proteger dos aumentos?

Para se protegerem dos reajustes e manterem o acesso aos serviços de saúde, os consumidores podem adotar algumas estratégias:

1. **Negociação direta com a operadora:** Em muitos casos, é possível negociar condições melhores, especialmente em planos coletivos.
2. **Comparação de preços e coberturas:** Os consumidores devem usar o guia de planos da ANS para comparar as opções disponíveis no mercado.
3. **Portabilidade de carências:** A portabilidade permite ao beneficiário trocar de operadora sem perder o tempo de carência já cumprido no plano anterior.

Desafios e perspectivas para o setor de saúde suplementar

Mesmo com o reajuste mais moderado em 2025, as operadoras de saúde continuam enfrentando desafios financeiros significativos. Dados do setor indicam que as operadoras fecharam 2023 com um prejuízo operacional de cerca de R\$ 5,9 bilhões, resultado de custos crescentes e problemas como judicialização e fraudes.

Além disso, o setor enfrenta pressões regulatórias, com a possibilidade de mudanças na legislação que afetam a saúde suplementar.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), que representa as operadoras, avalia que o reajuste de 6,91% pode ser insuficiente para cobrir as variações de custos, especialmente considerando a inflação específica do setor, que historicamente é superior à inflação geral.

A FenaSaúde também destaca o aumento das exigências regulatórias, como a inclusão de novos procedimentos no rol da ANS, o que aumenta os custos para as operadoras.

O reajuste de 6,91% para os planos de saúde individuais em 2025 representa uma tentativa de conter o impacto financeiro para os beneficiários, ao mesmo tempo em que preserva a viabilidade econômica das operadoras.

Apesar do índice menor em comparação com o ciclo anterior, o aumento ainda representa um desafio para muitas famílias brasileiras. A continuidade do debate sobre a regulação de planos coletivos e a busca por eficiência no setor serão fundamentais para garantir um equilíbrio sustentável no acesso à saúde suplementar no Brasil.

CONTRATAÇÃO DE PLANOS ODONTOLÓGICOS NO PAÍS CRESCE MAIS DE 35% DESDE 2020

Tribuna Hoje – 29/10/2024

Levantamento da FenaSaúde revela que 33,4 milhões de brasileiros contam com seguro, demonstrando preocupação com a saúde bucal.

Um levantamento da Federação Nacional Saúde Suplementar (FenaSaúde), com base nos dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, revela que houve aumento de 35,5% na contratação de planos odontológicos entre junho de 2020 e junho de 2024, passando de 24,7 milhões para 33,4 milhões de clientes em todo o Brasil. Desse total, 71% são usuários de planos coletivos empresariais. O estudo também mostra que há espaço para crescer 53,9% e se chegar a 51,4 milhões de pessoas — número atual de beneficiários de planos médico-hospitalares.

Em 2019, foram realizados 185,6 milhões de procedimentos odontológicos em todo o país, número que caiu para 154,3 milhões no auge da pandemia, em 2020. Entretanto, três anos depois, a FenaSaúde verificou um salto de 27,1%, chegando a 196,2 milhões no ano passado. Boa notícia para os dentistas, que comemoram o seu dia neste 25 de outubro.

"Percebemos uma crescente preocupação dos brasileiros com a sua saúde bucal. Além disso, há a recuperação do poder aquisitivo da população e da atividade econômica no país após a pandemia. Isso tudo, aliado ao baixo custo de um plano odontológico, conduz a esse salto de mais de 35% no número de beneficiários desses planos, que são um investimento muito barato que ajuda a prevenir doenças graves e aumenta a nossa autoestima com um sorriso

completo no rosto", explica a diretora-executiva da FenaSaúde, Vera Valente.

Prevenção a doenças

A importância do cuidado com a saúde bucal se justifica: 21% dos entrevistados pela Pesquisa Nacional de Saúde, do IBGE, disseram já ter perdido ao menos 13 dentes. Ou seja, 34 milhões de brasileiros com idade acima de 18 anos estão nessa condição. E outros 14 milhões não têm mais nenhum — uma distorção no país com o maior número de dentistas no mundo (415 mil, sendo 51% no Sudeste) e os melhores cursos de odontologia do planeta, com os da USP, Unesp e Unicamp entre os cinco principais.

A falta de higiene e saúde bucal pode levar a doenças sistêmicas como endocardite bacteriana, causada por bactérias na boca que entram na circulação sanguínea e chegam ao coração, podendo ser fatal. Se essas bactérias seguirem pelas vias respiratórias, podem provocar doenças pulmonares como a pneumonia. No caso de gestantes, há o risco de o parto ser prematuro e baixo peso fetal devido a doenças periodontais originais de inflamações nas gengivas.

Dentre os principais procedimentos odontológicos realizados entre 2020 e 2023, destacam-se raspagens supra gengivais (de 25,9 milhões anotados para 34,7 milhões), restaurações (de 14,8 milhões para 17,7 milhões), consultas iniciais (de 12,9 milhões para 16,8 milhões) e exames radiográficos (de 11,7 milhões para 15,1 milhões).

ANS QUER MUDAR REGRAS PARA PLANOS AMBULATORIAIS

CQCS – 24/10/2024

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está realizando consulta pública referente à futura norma que vai reformular as regras dos planos ambulatoriais. De acordo com a ANS, as sugestões poderão ser enviadas até o dia 31 de outubro (quinta-feira). "O objetivo é promover a participação direta da sociedade na revisão e aprimoramento das regras atuais, a fim de incentivar a venda de planos com cobertura para realização de consultas e exames de forma segura para o consumidor", explica a agência, em comunicado.

Segundo o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello, há cerca de 60 milhões de pessoas usando cartões de desconto, que são produtos baratos, sem qualquer tipo de regulação e fiscalização, mas que possibilitam a realização de consultas e exames. "É a forma como essas pessoas encontraram de

ter acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, a proposta de rever as regras dos planos exclusivamente ambulatoriais é dar a esses consumidores a possibilidade de ter planos de saúde com preços mais baixos, com regras claras e com coberturas garantidas, possibilitando o cuidado com a saúde e a realização de consultas e exames como forma de prevenir doenças ou identificá-las em fase inicial", frisa Rebello.

Ainda de acordo com a ANS, na prática, os planos exclusivamente ambulatoriais não têm sido comercializados, razão pela qual a agência considera "imprescindível" iniciar os estudos sobre o tema, possibilitando melhor entendimento sobre as causas e possíveis alternativas, ampliando as opções de produtos e serviços ofertados pelos planos de saúde à população em geral.

ANS QUER MELHORAR QUALIDADE DA INFORMAÇÃO PRESTADA PELAS OPERADORAS AOS BENEFICIÁRIOS

(GOV) ANS – 24/10/2024

Sociedade pode enviar contribuições para a Consulta Pública 141 no período de 24/10 a 8/12.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) abre, nesta quinta-feira, 24/10, o prazo para envio de contribuições para a Consulta Pública 141, que tem o objetivo de aprimorar normativas que tratam das informações que as operadoras de planos de saúde devem disponibilizar aos beneficiários em seus portais na internet. Qualquer pessoa interessada pode enviar colaborações pelo portal da Agência até 8/12/2024.

Este assunto está previsto na Agenda Regulatória 2023-2025 da ANS, no tema Transparência e qualidade de dados e informações do setor. A proposta é fazer alterações pontuais

na Resolução Normativa 509/2022 e na Instrução Normativa 13/2022 para assegurar um conteúdo mínimo obrigatório de informações disponíveis em meio digital, através de área específica e de acesso restrito ao beneficiário no portal da operadora. A proposta também trata das informações obrigatórias que devem ser disponibilizadas às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos e para as administradoras de benefícios.

Os interessados podem enviar suas contribuições até 8/12 no próprio site da ANS, onde também estão disponíveis os documentos relacionados às propostas durante o período de consulta. Para se informar e participar, [clique aqui](#).

DEPUTADO COBRA EXPLICAÇÕES APÓS AUMENTO EM COBRANÇAS DE PLANOS DE SAÚDE

O estado – 24/10/2024

Apenas em 2024, a média de reajuste dos planos coletivos de até 30 vidas foi de 17,85%.

O deputado federal Célio Studart (PSD/CE) protocolou um requerimento de informações (RIC 3881/2024) direcionado à Ministra da Saúde, Nísia Trindade Lima, e ao Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho. O objetivo é cobrar explicações sobre os reajustes aplicados aos planos de saúde individuais que superam o teto regulamentar definido pela agência.

Studart destaca que os reajustes acima do limite permitido afetam diretamente a vida de milhões de brasileiros que dependem dos planos de saúde para atendimento. “Os aumentos abusivos praticados pelas operadoras, muitas vezes superiores ao teto regulamentado, estão inviabilizando o acesso à saúde para milhares de famílias”, afirmou.

Dados financeiros indicam que o setor de saúde suplementar obteve um lucro de R\$ 5,6 bilhões entre janeiro e julho de 2024, um aumento de 180% em relação ao mesmo período do ano passado. Enquanto isso, os consumidores enfrentam reajustes elevados nas mensalidades, colocando muitos beneficiários em risco de cancelamento ou endividamento.

“Queremos entender quais são os critérios adotados pela ANS para permitir esses aumentos. É preciso esclarecer como a agência está agindo para fiscalizar as operadoras e evitar abusos, garantindo que o direito à saúde seja preservado”, reforçou Studart.

Essa não é a primeira cobrança do parlamentar em relação ao setor planos de saúde de saúde. Em um requerimento anterior (RIC 1629/2024), Célio Studart já havia exigido esclarecimentos sobre cancelamentos unilaterais de contratos e a cobertura oferecida para pessoas com autismo. “É inaceitável que operadoras cancelem contratos sem justificativa, deixando consumidores desamparados, especialmente grupos vulneráveis, como pessoas com autismo”, declarou o deputado.

Célio Studart reafirma que seu mandato continuará atuando para proteger os direitos dos consumidores e combater práticas abusivas no setor de saúde suplementar. “Precisamos de um sistema de saúde mais justo e transparente, que ofereça segurança às famílias brasileiras, especialmente em momentos de vulnerabilidade social”, concluiu.

STF VALIDA RECUPERAÇÃO JUDICIAL DE COOPERATIVAS MÉDICAS

Estadão – 24/10/2024

Placar da votação foi de 6 a 5; PGR contestava trecho que havia sido aprovado pelo Senado mas não analisado pela Câmara.

O Supremo Tribunal Federal (STF) validou, por 6 a 5, a possibilidade de cooperativas médicas operadoras de plano de saúde entrarem em recuperação judicial. Os ministros julgaram ação da Procuradoria-Geral da República (PGR) contra um trecho da Lei de Falências e Recuperação Judicial, de 2020, que afasta a aplicação dos efeitos da recuperação

judicial às demais cooperativas, com exceção daquelas da área da saúde.

O então PGR, Augusto Aras, apontou irregularidades na tramitação do processo que deu origem à lei. Isso porque a exceção prevista para as cooperativas médicas foi incluída no Senado, mas não foi analisada pela Câmara, que iniciou o projeto.

Venceu a corrente defendida pelo relator, Alexandre de Moraes. Ele entendeu que o texto passou apenas por uma

emenda de redação, sem alterar o sentido da lei e, por isso, não precisaria ser submetido novamente à Câmara. Acompanharam o relator os ministros Cristiano Zanin, Nunes Marques, Edson Fachin, Dias Toffoli e Luís Roberto Barroso.

O ministro Flávio Dino divergiu, sob o argumento de que o texto sofreu alteração significativa e deveria ter sido analisado pela Câmara. Ele foi seguido pela ministra Cármen Lúcia e os ministros André Mendonça e Gilmar Mendes. Luiz Fux também votou pela inconstitucionalidade da lei, mas não seguiu Dino.

FLEXIBILIDADE E TECNOLOGIA NO RADAR DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Medicina S.A – 24/10/2024

O plano de saúde está entre os benefícios corporativos mais desejados pelos trabalhadores, conforme já apontado por diversas pesquisas, entre elas um levantamento recente da consultoria de recrutamento Robert Half. É um dado importante, em especial numa realidade como a do Brasil, onde menos de 24% da população conta com esse tipo de seguro – desse montante, 70,9% correspondem a planos coletivos empresariais, de acordo com dados disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em junho de 2024.

Ofertar plano de saúde, nesse contexto, é uma estratégia que precisa ser considerada para a atração e a retenção de talentos. Ao mesmo tempo, o benefício, por mais que seja fundamental para encantar bons profissionais, é significativamente custoso para as empresas, chegando, em alguns casos, a ser o segundo maior gasto das companhias brasileiras, atrás somente da folha de pagamento.

Destaque-se que os custos dos planos de saúde coletivos têm aumentado de forma considerável nos últimos anos. Em 2023, enquanto o reajuste dos planos individuais ficou em 9,63%, os convênios empresariais aumentaram entre 13,91% e 18,51%, dependendo do número de vidas cobertas, apurou reportagem do Infomoney.

A situação é delicada e não há “fórmula mágica” que a solucione, mas talvez a resposta esteja em unir flexibilidade e tecnologia, investindo em programas de benefícios que deem mais liberdade de escolha aos colaboradores quanto a serviços de saúde e bem-estar e tragam mais eficiência para as empresas. A personalização é outro fator relevante, pois os colaboradores vêm demonstrando o desejo de ter acesso a benefícios cada vez mais personalizáveis.

É interessante, assim, que as possibilidades abarcadas ultrapassem as consultas tradicionais e exames, englobando, por exemplo, modelos similares à da Estratégia Saúde da Família (ESF), com especialistas em atenção primária, essencial para prevenir e controlar doenças crônicas não transmissíveis (DNCT), que no Brasil vitimam mais de 700 mil pessoas por ano e têm alto potencial incapacitante. Mais do

que tratar as enfermidades, a Atenção Primária à Saúde (APS) cuida das pessoas, agindo sobre as principais causas de problemas de saúde e ameaças ao bem-estar.

Além do mais, por experiência própria e prática em projetos dos quais participei nos últimos anos, posso afirmar que uma atenção primária de qualidade leva à redução gastos totais em saúde e melhora a eficiência, reduzindo internações. Para as empresas, ofertar benefícios corporativos relacionados à atenção primária certamente traz melhores resultados.

A tecnologia também é uma aliada primordial. Pensemos na telemedicina. No ano passado, mais de 30 milhões de consultas remotas foram realizadas no Brasil, segundo dados da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde). O número representa um aumento de 172% em comparação com o que se teve no período compreendido entre 2020 e 2022, quando a prática foi regulamentada no país (Lei n. 14.510/2022).

Trata-se, ademais, de uma solução importante para democratizar o acesso à saúde, reduzindo o impacto da concentração de profissionais nos grandes centros. Ainda que haja mais de meio milhão de médicos em atividade no Brasil, eles se concentram em determinadas áreas, o que aprofunda um cenário de desigualdade. A telemedicina poderia ajudar a solucionar essa questão.

Mesmo assim, temos que frisar que, até o momento, a telemedicina não atingiu todo o seu potencial, o que deve mudar com o advento de novas tecnologias, atreladas ao suporte de outros profissionais de saúde, como enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros.

Lembremos, por fim, do fato de que a população está cada vez mais envelhecida, conforme a expectativa de vida aumenta anualmente (que bom!). Indispensável, então, que surjam alternativas ao tradicional modelo de saúde suplementar, seguindo a lógica de ecossistema, a fim de integrar e ampliar as possibilidades de atendimento de acordo com as necessidades do paciente e, consequentemente, impulsionar a satisfação dos beneficiários.

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do 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](https://www.milliman.com)

© 2023 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.