

ÍNDICE INTERATIVO

[Como o mercado global da saúde tem se movimentado para entregar qualidade](#) - Fonte: Saúde Business

[Nota da ANS sobre ressarcimento ao SUS](#) - Fonte: ANS

[ANS apresenta análises de contribuições sobre diálogos da agenda regulatória](#) - Fonte: ANS

[Planos de saúde perdem 3,4 milhões de usuários em cinco anos](#) - Fonte: Exame

[Integração das ações é essencial para o desenvolvimento do setor](#) - Fonte: IESS

[Mercado odontológico encerra 2019 com recorde](#) - Fonte: IESS

[Saúde suplementar fecha 2019 com 47 milhões de beneficiários de planos de saúde](#) - Fonte: ANS

COMO O MERCADO GLOBAL DA SAÚDE TEM SE MOVIMENTADO PARA ENTREGAR QUALIDADE

Saúde Business – 12/02/2020

Um relatório publicado em 2018 pelo *The Lancet Global Health Commission* sobre sistemas de saúde de alta qualidade constatou que 5,7 milhões de pessoas morrem em países de baixa e média renda todos os anos por cuidados de saúde de baixa qualidade em comparação com os 2,9 milhões que morrem por falta de acesso aos cuidados. Em outras palavras, em muitos países, uma pessoa tem uma chance maior de morrer por receber atendimento de baixa qualidade do que de ficar totalmente sem atendimento.

O apelo de se pagar a assistência à saúde pela qualidade e não pelo volume é poderoso e apropriado, mas como conseguir essa mudança continua sendo um desafio global. Apesar do interesse mundial, evidências de como implementar com sucesso modelos que prometem melhorar a qualidade do cuidado, como o de *Accountable Care Organizations* (ACOs), se mantêm limitadas.

Nos EUA, o Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) anunciou em setembro de 2019 que as ACOs geraram 739,4 milhões de dólares de economia líquida em 2018. “As ACOs têm economizado dinheiro desde o início”, disse Rob Mechanic, diretor executivo do Institute for Accountable Care. O diretor acredita que as ACOs tendem a ter um desempenho melhor quanto mais tempo estiverem no programa. “É uma indicação de que o CMS deve continuar investindo nesse modelo, porque foi o mais forte dos vários modelos de pagamento que eles testaram”, afirmou a Mechanic. Até 2017, as impressões americanas eram de que uma ampla gama de ACOs poderiam melhorar a qualidade da assistência, mas menos ACOs combinaram com êxito a melhoria da qualidade com reduções significativas nas tendências de gastos.

Pesquisadores da Duke University, Imperial College London e da Primary Care Corporation em Doha, Qatar, identificaram elementos-chave da estrutura das ACOs e aplicaram esses princípios a pilotos no Nepal, na Alemanha e na Holanda, de acordo com um estudo publicado na *Health Affairs*. Mesmo abordando diferentes problemas na saúde, os pilotos ressaltaram a importância do compartilhamento de dados entre os players, para uma coordenação de cuidado sustentável, além de forte alinhamento entre os mesmos.

Reforçou ainda que o cuidado centralizado no paciente precisa da mudança de local dos serviços: de hospitais para a comunidade.

No Reino Unido, o modelo de ACO usa outro nome: *Integrated Care Systems* (ICS) e tem sido utilizado pelo NHS desde 2016. A diferença para outros modelos é que eles têm trabalhado em conjunto com grupos que não de saúde, como instituições de caridade locais e grupos comunitários, ajudando as pessoas a terem vidas mais saudáveis por mais tempo a partir do enfrentamento de determinantes sociais. Em junho de 2019, outras três áreas foram designadas como ICS, o que significa que mais de um terço da população do país está agora coberto por um. Atualmente, são 14 pelo país.

No Brasil, a Saúde Suplementar deu seus primeiros passos nesta direção. A ASSEFAZ (Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda) juntou empresas independentes de atenção primária, secundária, terciária e um programa focado em prevenção para formar uma das primeiras ACOs brasileiras. Já a Hospital Care, holding administradora de serviços de saúde, reuniu inicialmente prestadores de serviços de sua rede própria com o mesmo intuito. Este novo modelo de remuneração está em prática no Hospital Vera Cruz, de Campinas (SP), desenvolvendo a estratégia em cima do plano de saúde próprio Vera Cruz, que atualmente possui 30 mil usuários na região.

O modelo de remuneração é o instrumento para uma mudança no modelo assistencial. De acordo com a ANS estamos vivendo uma transição pois já temos medidas de qualidade da assistência disponíveis e já estamos realizando melhorias no processo de cuidado na Saúde Suplementar. O futuro se dará com o aprimoramento da qualidade do sistema, utilização de medidas por desfechos clínicos e proposições de cuidado coordenado como os das ACOs.

O modelo da ACO é altamente adaptável às circunstâncias locais e pode acomodar provedores e financiamentos, tornando-o apropriado para países com mercados mistos de assistência médica e para aqueles em que pagamento e provisão são divididos entre os setores público e privado.

NOTA DA ANS SOBRE RESSARCIMENTO AO SUS

ANS – 11/02/2020

Por ocasião da divulgação de matéria de cunho publicitário divulgado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) presta os seguintes esclarecimentos:

1. O processo de ressarcimento ao SUS dos procedimentos realizados por beneficiários de planos de saúde em unidades do Sistema Único de Saúde vem sendo aprimorado de forma permanente pela ANS, tornando-se mais ágil na identificação dos valores devidos pelas operadoras de planos de saúde e no repasse de recursos ao Fundo Nacional de Saúde,

conforme pode ser verificado no Boletim Informativo relativo a junho/2019 disponível no site da ANS;

2. A identificação dos beneficiários de planos de saúde atendidos na rede pública ou privada conveniada ao SUS é realizada de acordo com os dados do DATASUS e das informações repassadas pelas operadoras à ANS;

3. Antes de serem encaminhadas as notificações, denominadas de Avisos de Beneficiários Identificados (ABIs), a ANS aplica sobre a base de dados existente determinados “filtros”, a fim de excluir, de imediato, as hipóteses que não encontram amparo legal. Nesse sentido, cumpre destacar que já foram criados diversos “filtros”, como, por exemplo: i) de procedimentos fora do rol de cobertura obrigatória; ii) de atendimento fora da área de abrangência; iii) de atendimento fora das hipóteses de carência previstas na Lei 9.656/98;

4. Ressalta-se, portanto, que a qualidade das informações encaminhadas pelas operadoras de planos de saúde à reguladora tem relação direta com o resultado de cada processo. A realidade que se observa, porém, é que há casos de cadastros de beneficiários e de planos sem o preenchimento adequado ou com dados desatualizados. Esses fatores impedem a correta identificação e ocasionam falhas no processo de notificação;

5. Ainda com o aprimoramento permanente no registro e nos “filtros” para a correta identificação de casos em que o ressarcimento ao SUS é devido, é preciso considerar que particularidades contratuais podem interferir no resultado do processo, não sendo possível, portanto, eliminar por completo a notificação de operadoras de planos de saúde que eventualmente não devam o ressarcimento;

A título de exemplo, pode-se mencionar a situação em que um beneficiário realizou no SUS um procedimento de cobertura obrigatória pelo rol da ANS, foi atendido dentro da sua área de abrangência e já havia cumprido todos os prazos legais de carência. A princípio, a obrigação de ressarcir ao SUS estaria plenamente configurada. Entretanto, a operadora de plano de saúde pode, por meio do processo administrativo, alegar que o consumidor possuía uma determinada doença

ou lesão preexistente que levaria à exclusão da cobertura para aquele procedimento e, conseqüentemente, comprovar que não deve o ressarcimento ao SUS.

6. Dessa forma, o estabelecimento de mecanismos que garantam às operadoras o exercício do direito à ampla defesa e ao contraditório não poderia ser suprimido pela ANS nem mesmo entendido como gasto desnecessário, tendo em vista que, dentro de um ambiente democrático de direito, deve ser oportunizada à parte a apresentação de argumentos e de provas que a desobrigue de arcar com um responsabilidade não condizente;

7. Com relação ao exame de impugnações e de recursos protocolados pelas operadoras, destaca-se que a principal causa de “deferimento” decorre do reconhecimento de existência de fator moderador no contrato. Nessa situação, ainda que a operadora deva o ressarcimento ao SUS, como é feito um abatimento no valor final relativo à coparticipação/franquia, o “status” do atendimento passa a ser o de “deferido”;

8. Em relação à celeridade implementada pela ANS na notificação das operadoras, cumpre salientar que se trata de uma demanda do próprio mercado de saúde suplementar. Isso se deve à conclusão de que, quanto menor for o tempo entre a data de atendimento e a data em que a operadora tiver ciência do ocorrido, maior a probabilidade de obter os documentos comprobatórios para embasar a defesa administrativa e, conseqüentemente, de ter êxito nas suas alegações;

Por fim, convém apontar que, embora o Sistema Único de Saúde seja guiado pelo princípio da universalidade, não se pode permitir o uso da malha pública de saúde como complemento da rede assistencial das próprias operadoras. Portanto, cabe às operadoras de planos de saúde efetuar o ressarcimento aos cofres públicos da mesma maneira que realizariam o pagamento do atendimento caso ele fosse realizado em sua própria rede.

ANS APRESENTA ANÁLISES DE CONTRIBUIÇÕES SOBRE DIÁLOGOS DA AGENDA REGULATÓRIA

ANS – 10/02/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizará no dia 13/02, Rio de Janeiro, reunião técnica para discutir as contribuições para o aprimoramento das regras de alteração da rede hospitalar, aprimoramento da Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP) e estruturação e desenvolvimento de políticas para revisão técnica – sendo este um subtema da Agenda Regulatória 2019-2021. O objetivo do encontro é apresentar as primeiras análises das sugestões recebidas por meio do formulário eletrônico disponibilizado a partir das reuniões “Diálogos sobre a

Agenda Regulatória – DIPRO”, realizadas com entidades e representantes do setor de setembro a dezembro de 2019.

O evento será realizado na Secretaria de Estado e Fazenda do Rio de Janeiro, das 9h às 18h. A inscrição para o evento deve ser solicitada [clikando aqui](#), sendo permitido até duas pessoas por entidade. As vagas são limitadas.

[Acesse aqui](#) mais informações sobre a Agenda Regulatória da ANS.

Serviço:

Reunião Técnica de Análise das Contribuições para o Aprimoramento das Regras de Alteração de Rede Hospitalar, Aprimoramento da Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP) e Estruturação e Desenvolvimento de Política para Revisão Técnica

Data: 13/02

Local (atenção para mudança): Sefaz/RJ - Avenida Presidente Vargas, 670 - 20º andar Centro, Rio de Janeiro/RJ

Horário: 9h às 18h

PLANOS DE SAÚDE PERDEM 3,4 MILHÕES DE USUÁRIOS EM CINCO ANOS

Exame – 06/02/2020

Em 2019, o setor fechou com 47,03 milhões de beneficiários contra 47,1 milhões em 2018.

Rio – **Os plano de saúde** no Brasil perderam 3,4 milhões de usuários em cinco anos, segundo um balanço divulgado pela **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**. Em 2019, o setor fechou com 47,03 milhões de beneficiários contra 47,1 milhões em 2018, de acordo com dados da ANS. Percentualmente, uma queda de 0,1%.

Em dezembro de 2014, foi alcançado o pico do número de brasileiros que tinham algum plano de assistência no país: 50.531.748

Embora o número total de clientes tenha registrado queda, as modalidades de planos coletivos por adesão e empresariais registraram alta, encerrando o ano com 6.157.319 e 31.754.560, respectivamente.

A queda, no entanto, foi referente aos planos individuais. A modalidade, que tem regras mais rígidas para assegurar os beneficiários, encerrou o ano com 9.033.912, ante 9.112.501 em 2018.

Para a advogada Renata Vilhena Silva, especializada em direito à saúde do escritório Vilhena Silva Advogados, o número de usuários nos planos coletivos segue crescendo,

porque as operadoras deixaram de comercializar os planos individuais. Ela lembra que a falta de regulamentação nos contratos coletivos por adesão ou empresariais permanece como principal.

“A queda no número de usuários reflete a situação econômica do país. A recuperação dependerá do aquecimento no mercado de trabalho. Desde 2014, mais de três milhões de pessoas deixaram de contribuir com o sistema privado também por causa dos reajustes excessivos das mensalidades”, avaliou Renata.

Segundo a ANS, houve aumento na quantidade de beneficiários em planos de assistência médica em 11 estados, sendo Minas Gerais, Goiás e Rio de Janeiro os líderes em números absolutos na comparação dezembro de 2019 com mesmo período do ano anterior. Na segmentação odontológica, 24 estados e o Distrito Federal registraram aumento no número de beneficiários. São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais foram os estados que registraram os maiores aumentos em relação ao mesmo período do ano anterior.

O segmento exclusivamente odontológico manteve trajetória de crescimento, contabilizando 26.024.494 usuários — expansão de 1.739.649 em relação a dezembro de 2018.

INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES É ESSENCIAL PARA O DESENVOLVIMENTO DO SETOR

IESS – 06/02/2020

Um dos nossos pilares fundamentais é exatamente ampliar o debate e promover o diálogo sobre questões fundamentais para o desenvolvimento do setor de saúde suplementar brasileiro. O nosso foco é incentivar a implementação de uma agenda nacional de avanço na prestação de serviços de saúde no Brasil, bem como estimular a troca de conhecimento e a aplicação de ações em diversas frentes. Quem esteve presente em nosso seminário **“Transformação Digital na Saúde”**, realizado em São Paulo, conseguiu ver isso de perto.

Para os presentes na conversa, o setor tem caminhado em diferentes áreas, mas ainda são necessários avanços que acompanhem o novo momento da saúde mundial, tanto nas práticas profissionais quanto na regulação e nas relações entre os diferentes agentes. “Em 2019, entrou em vigor um novo Código de Ética Médica que, pela primeira vez, trouxe a citação à Telemedicina”, apontou Dr. Chao Lung Wen, professor líder do grupo de pesquisa de telemedicina da Universidade de São Paulo (USP). Para ele, a Telessaúde, como qualquer serviço do setor, deve ser testada em segurança, qualidade, efetividade e custo

eficiência para possibilitar cuidados integrados, humanizados, melhorar o acesso e promover a saúde.

A opinião foi corroborada por Leandro Fonseca, ex-diretor presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que apontou que momentos como o atual, de intensa transformação, trazem grandes desafios também para os órgãos reguladores. Segundo ele, a ANS vem solicitando uma atuação mais ativa das empresas contratantes de planos de saúde, que representam aproximadamente dois terços dos contratos. “É preciso ação em conjunto delas com as operadoras, colocando o paciente no centro dos programas de prevenção de doenças e promoção da saúde”, apontou.

Para Luiz Alberto Ortiz, CIO da Orizon, a articulação dos diferentes segmentos é crucial para o futuro da saúde nacional. “Passamos grande parte da vida no ambiente de trabalho. É fundamental que o empregador entre na cadeia de cuidados que envolvem o paciente. Daí a importância de eventos como esse para se pensar soluções comuns”, arrematou.

Ao longo do ano, seguiremos trabalhando para trazer novas discussões que contribuam para a quebra de paradigmas e a evolução do setor de saúde suplementar. Afinal, como bem lembrou Fonseca no debate, o novo sempre vem. “Na história da evolução, sobrevivem aqueles que melhor se adaptam. E com a tecnologia, as relações, práticas e o futuro do setor é a mesma coisa”, arrematou.

MERCADO ODONTOLÓGICO ENCERRA 2019 COM RECORDE

IESS – 06/02/2020

Levantamento do IESS aponta adesão de 1,7 milhão de pessoas a planos deste tipo; por outro lado, planos médico-hospitalares têm nova retração

O total de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos superou a marca histórica de 26 milhões em 2019. De acordo com a [Nota de Acompanhamento de Beneficiários \(NAB\)](#), do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), o segmento cresceu 7,2% em 2019 e firmou 1,7 milhão de novos vínculos, sendo 655,1 mil apenas nos últimos três meses do ano.

O resultado foi fortemente impulsionado pela contratação de planos empresariais, especialmente no Sudeste do País. Contudo, o setor também apresenta avanço expressivo dos vínculos individuais ou familiares. “Entre dezembro de 2019 e o mesmo mês do ano anterior, 1,2 milhão dos novos contratos foram feitos por empresas que decidiram oferecer o benefício aos seus colaboradores, normalmente como forma de atrair ou reter talentos. Um avanço de 6,9%”, destaca José Cechin, superintendente executivo do IESS. “Outro destaque é o incremento de 3,7% no total de planos odontológicos individuais. Enquanto os planos médico-hospitalares reduziram muito a venda desse tipo de plano por conta de desequilíbrios na regulação, para os planos odontológicos, esse é um mercado que deve continuar crescendo nos próximos anos”, completa.

Do total de 1,7 milhão de novos vínculos exclusivamente odontológicos detectados pela NAB em 2019, 1,2 milhão concentram-se no Sudeste do País, sendo 735,4 mil apenas em São Paulo. Das 27 Unidades da Federação, apenas duas registraram recuo no total de beneficiários deste tipo de plano. Em Alagoas, 1,9 mil vínculos foram rompidos no período analisado e, em Rondônia, 7,1 mil.

Planos médico-hospitalares

Por outro lado, 60,5 mil brasileiros deixaram de contar com os planos médico-hospitalares. Sendo que o impacto negativo no segmento se deve exatamente aos planos individuais e familiares. Ao longo do ano passado, 78,6 mil vínculos deste tipo foram rompidos. Já os planos coletivos voltaram a apresentar crescimento, com a adesão de 27 mil novos beneficiários. Desses, 15,9 mil são de planos coletivos empresariais.

Cechin pondera que apesar de os números não serem tão expressivos quanto os do setor exclusivamente odontológico, há boas notícias para se comemorar. “O crescimento da contratação de planos médico-hospitalares por empresas é um bom sinal para o setor. Reflete um reaquecimento gradual da economia, que tende a se refletir também em renda das famílias, gerando um ciclo virtuoso”, estima.

O executivo acredita que se a economia nacional realmente engrenar o processo de recuperação que vem se desenhando, deveremos ver o começo da recuperação do setor que perdeu mais de 3 milhões de vínculos entre 2014 e 2017. “Hoje, o incremento de beneficiários de planos médico-hospitalares na categoria coletivo empresarial está aquém do aumento do emprego formal na economia brasileira, que tem saldo de 644 mil, segundo dados do Caged. Isso ocorre porque a maior parte dos novos postos de trabalho tem se concentrado nos setores de comércio e serviços, que historicamente oferecem o benefício do plano em proporção menos do que o industrial, por exemplo. Se o total de empregos voltar a crescer em todos os setores, a contratação de planos de saúde tende a acelerar”, analisa.

SAÚDE SUPLEMENTAR FECHA 2019 COM 47 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE

ANS – 05/02/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou nesta quarta-feira (05/02) os dados do setor de planos de saúde com os números referentes ao mês de dezembro de 2019. No

período, o setor totalizou 47.039.728 beneficiários em planos de assistência médica em todo o Brasil, mantendo estabilidade em relação ao mesmo período de 2018.

O segmento exclusivamente odontológico manteve trajetória de crescimento, contabilizando 26.024.494 usuários – expansão de 1.739.649 em relação a dezembro de 2018.

A consulta a esses dados e às demais informações relativas ao setor de planos de saúde está disponível por meio da Sala de Situação ([acesse aqui](#)). Também foram atualizados os dados disponibilizados no [Tabnet](#) e os [dados gerais](#).

Destaques por estado

Os dados de dezembro detalhados por Unidade Federativa (UF) mostram que houve aumento na quantidade de beneficiários em

planos de assistência médica em 11 estados, sendo Minas Gerais, Goiás e Rio de Janeiro os líderes em números absolutos (comparativo com dezembro de 2018). Na segmentação odontológica, 24 estados e o Distrito Federal registraram aumento no número de beneficiários. São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais foram os estados que registraram os maiores aumentos em relação ao mesmo período do ano anterior.

A ANS lembra que os números podem sofrer modificações retroativas em função das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Confira nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por UF.

Beneficiários em planos de assistência médica (por tipo de contratação)						
Período	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
dez/18	47.100.199	31.738.571	6.146.233	684	9.112.501	102.210
dez/19	47.039.728	31.754.560	6.157.319	634	9.033.912	93.303

Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos (por tipo de contratação)						
Período	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
dez/18	24.284.845	17.783.694	2.168.256	1.955	4.315.354	15.586
dez/19	26.024.494	19.006.554	2.530.506	1.835	4.473.456	12.143

Beneficiários por UF				
UF	Beneficiários de Assistência Médica		Beneficiários Exclusivamente Odontológicos	
	dez/18	dez/19	dez/18	dez/19
Acre	41.997	42.467	15.340	16.189
Alagoas	376.367	368.844	279.161	277.238
Amapá	70.994	65.291	44.445	45.495
Amazonas	513.273	522.870	407.184	446.720
Bahia	1.595.085	1.588.445	1.507.320	1.546.288
Ceará	1.283.159	1.262.890	943.643	979.560
Distrito Federal	891.945	882.654	549.703	597.531
Espírito Santo	1.102.234	1.114.086	496.285	530.356
Goiás	1.123.562	1.149.072	623.146	661.515
Maranhão	465.366	472.957	198.646	203.683
Mato Grosso	579.513	587.598	202.564	223.936
Mato Grosso do Sul	579.172	570.513	142.644	148.279
Minas Gerais	5.002.616	5.061.786	2.071.994	2.194.625
Pará	783.364	779.487	417.198	437.521
Paraíba	416.456	416.507	336.742	374.692
Paraná	2.846.292	2.854.115	1.260.871	1.322.733
Pernambuco	1.345.829	1.344.827	913.522	985.471
Piauí	339.068	322.534	89.103	92.913
Rio de Janeiro	5.380.059	5.393.345	3.192.226	3.462.444
Rio Grande do Norte	502.440	500.031	330.899	340.856

Rio Grande do Sul	2.569.006	2.547.562	767.972	798.014
Rondônia	154.468	149.253	112.960	105.819
Roraima	28.717	30.167	9.243	11.381
Santa Catarina	1.503.532	1.471.234	497.196	554.910
São Paulo	17.149.501	17.089.294	8.558.029	9.293.443
Sergipe	317.054	314.516	202.413	205.414
Tocantins	109.130	105.948	49.300	127.606
Não Identificado	30.000	31.435	65.096	39.862
TOTAL	47.100.199	47.039.728	24.284.845	26.024.494

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](https://www.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.