

*“Se você conhece a si mesmo e ao inimigo, não temerá a batalha. Se você conhece a si mesmo, porém não ao inimigo, perderá uma batalha para cada batalha que ganhar; e se você não conhece a si mesmo nem ao inimigo, jamais sairá vitorioso.”*

*Sun Tzu : A Arte da Guerra*

# METODOLOGIA DA APRESENTAÇÃO

- LEGISLAÇÃO x PRÁTICAS ILÍCITAS AOS IDOSOS COMUNS DOS PLANOS DE SAÚDE
- COMO FUNCIONA A ADUSEPS
- ALGUNS RESULTADOS
- ALGUMAS PERGUNTAS FREQUENTES

# BREVE HISTÓRICO

ANTES DA CONSTITUIÇÃO /88 E DO SUS:

3 CATEGORIAS:

1. ***SERVIÇOS PARTICULARES OU PAGOS PELA EMPRESA EMPREGADORA;***
2. ***ASSISTÊNCIA PELO INAMPS – PARA TRABALHADORES COM CARTEIRA ASSINADA;***
3. ***SANTAS CASAS E OUTROS SERVIÇOS FILANTRÓPICOS.***

- PROBLEMAS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE
  - QUEDA DO PODER AQUISITIVO DA CLASSE MÉDIA – ANTES PAGAVAM DIRETAMENTE PELO SERVIÇO;
  - DECISÃO DAS EMPRESAS FORNECER MELHOR SERVIÇO PÚBLICO AOS EMPREGADOS:
- = CRESCIMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

O BRASIL TORNOU-SE UM SISTEMA  
MISTO DE SAÚDE COMPOSTO  
PRINCIPALMENTE PELO SUS E  
PELOS PLANOS DE SAÚDE  
PRIVADOS

# LEGISLAÇÃO

- Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90):

***SAÚDE DEVER DE TODOS E DO ESTADO; CRIAÇÃO DO SUS; DETERMINAÇÃO DO ACESSO INTEGRAL AOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE PARA TODOS.***

- Código de defesa do consumidor (1990) – Lei 8.078.
- Dez anos depois da criação do SUS e dos planos particulares, diante dos abusos praticados, foi criada a Lei 9.656/1998 (Lei dos planos de saúde)

**O PIAC – Programa de Incentivo de Adaptação a Contrato, criado em 2004 pela ANS foi extinto em 13 de janeiro de 2005, dada a abusividade e a arbitrariedade com que era imposto ao usuário, este PODENDO OU NÃO ACEITAR a adaptação, muitos, porém, caíram nessa armadilha mercantil/jurídica.**

**OS PLANOS DE SAÚDE PASSARAM A OFERECER UM “MODELO” DE ADAPTAÇÃO DO PLANO, PREVENDO ACRÉSCIMO DE DETERMINADO VALOR PARA CADA ASSOCIADO E DEPENDENTES, A FIM DE QUE O USUÁRIO PASSASSE A TER DIREITO ÀS COBERTURAS PREVISTAS NA LEI DOS PLANOS DE SAÚDE, SENDO OPTATIVO PARA O USUÁRIO A OFERTA.**

**Por exemplo: Uma usuária da Golden Cross que em 2011 já paga a quantia de R\$ 893,89 não optou pela adaptação. À época da oferta (entre 2006 e 2007) para novas coberturas, a usuária teria acrescido a sua mensalidade R\$ 25,00.**

**Considerando os diversos aumentos abusivos até hoje, incididos sobre a nova mensalidade da usuária, quanto estaria pagando em 2011?**

# CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

Com base no CDC a maioria das causas são favoráveis ao consumidor:

- Interpretação de maneira mais favorável ao consumidor;
- Cláusulas contratuais restritivas não expressas em destaque;
- Em geral a restrição não é aceita quando dá vantagem exagerada à operadora;

- Cláusula que estipula limite de tempo de internação é considerada abusiva;
- Carências para doenças pré-existentes quando a operadora não prova a má-fé do usuário;
- O ônus da prova é da Operadora;
- Em casos de urgências e emergências as limitações são abusivas;
- A operadora não prestou bom serviço.
  - O CDC, o Código Civil, a Constituição federal, o Estatuto do Idoso e a própria Lei 9.656/98 são usados em decisões em defesa do consumidor.

# O ESTATUTO DO IDOSO

## AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA:

Os planos de Saúde expulsam os idosos através da “exclusão pecuniária”.

## PARA OS PLANOS ANTIGOS (ATÉ 31/12/98):

- Muitos contratos não padronizam as faixas etárias, nem trazem percentuais de aumento – são proibidos aumentos abusivos e quando o usuário faz 60 anos.

PARA OS PLANOS ASSINADOS ENTRE 1998 E DEZEMBRO DE 2003 (Antes de entrar em vigor o Estatuto do Idoso):

- A ANS criou sete faixas etárias e o aumento total de até 500% entre elas:
  1. De 0 a 17 anos
  2. De 18 a 29 anos
  3. De 30 a 39 anos
  4. De 40 a 49 anos
  5. De 50 a 59 anos
  6. De 60 a 69 anos
  7. De 70 anos em diante

DEPOIS DO ESTATUTO DO IDOSO, A PARTIR DE 2004, FORAM CRIADAS 10 FAIXAS ETÁRIAS – ARTIFÍCIO PARA DILUIR O AUMENTO DE MENSALIDADE ACIMA DE 60 ANOS – MANTIDOS OS 500% DE AUMENTOS ENTRE A PRIMEIRA E ÚLTIMA FAIXA ETÁRIA.

- A PROIBIÇÃO DO AUMENTO PARA USUÁRIOS DE 60 ANOS APLICA-SE PARA TODO CONTRATO, INDEPENDENTE DE DATA DE ASSINATURA

1. De 0 a 18 anos
2. De 19 a 23 anos
3. De 24 a 28 anos
4. De 29 a 33 anos
5. De 34 a 38 anos
6. De 39 a 43 anos
7. De 44 a 48 anos
8. De 49 a 53 anos
9. De 54 a 58 anos
10. De 59 anos em diante

## POSSIBILIDADES DE AUMENTO

1. REAJUSTE ANUAL (ANIVERSÁRIO DO PLANO) COM ÍNDICE DETERMINADO PELA ANS
2. REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA
3. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE (PLANO EMPRESARIAL OU COLETIVO)

### SINISTRALIDADE

O aumento por **sinistralidade** é utilizado pelas operadoras de planos de saúde sob o argumento de equilibrar o custo do uso elevado pelos associados. Geralmente há um limite de utilização que quando ultrapassado dá origem ao percentual aplicado em todos os planos de saúde da mesma empresa.

## SINISTRALIDADE

O convênio defende o índice argumentando precisar da atualização para poder arcar com os gastos, com materiais e equipamentos novos, mas será que é correto repassar o custo ao consumidor desta maneira?

# OS TRIBUNAIS ENTENDEM QUE NÃO

- A maioria das decisões jurisprudenciais diz que se trata de um comportamento ilegal e abusivo pelos seguintes motivos:
  - 1) O consumidor nunca é avisado sobre os índices que serão aplicados;
  - 2) O consumidor é pego de surpresa com um aumento que lhe retira o poder de planejar suas despesas com antecedência;

3) Três aumentos no ano oneram demais o consumidor;

4) O consumidor não tem chance de se manifestar contra o aumento e apresentar seus argumentos para evitá-lo;

5) O aumento impede a negociação entre as partes envolvidas no contrato;

6) Caso a operadora tenha a intenção de atualizar os valores em razão de uma grande utilização por parte dos funcionários da empresa, a forma correta é o ingresso de ação judicial para submeter ao Juiz a decisão sobre o reajuste, com a possibilidade de o representante dos beneficiários se manifestar à favor deles.

# CANCELAMENTO

- **Os contratos de plano de saúde tem renovação automática, pois são contratos cativos ou de trato sucessivo – aqueles que se perduram no tempo, não podendo a Operadora cancelar o contrato imotivadamente e sem aviso prévio.**
- **A Lei dos Planos de Saúde admite a suspensão/cancelamento do contrato por atraso de pagamento por mais de 60 dias: DESDE QUE NOTIFICADO PREVIAMENTE ATÉ O 50º DIA.**

# ROL DE PROCEDIMENTOS

- As novas coberturas entrarão em vigor a partir de 1º de janeiro de 2012. As 41 cirurgias por vídeo foram um avanço embasado na tecnologia, já implantada há tempo pelos médicos assistentes, ocorrendo apenas uma inclusão do que já ocorria na prática, inclusive mediante ações judiciais.

# APOSENTADORIA

- Ao aposentado que contribuiu com o plano ou seguro de saúde coletivo por mais de dez anos, poderá permanecer no plano nas mesmas condições, assumindo o pagamento integral das mensalidades.
- O aposentado que contribuiu terá o direito limitado ao período em que contribuiu: 01 ano para cada ano de contribuição

# DEMISSÃO

- Poderá manter o plano ou seguro de saúde, pagando integralmente o plano por no mínimo 06 meses e no máximo 02 anos, dependendo do tempo de contribuição, respeitados esse limite - um terço do tempo em que tiver permanecido no plano.

## PRÁTICAS ILÍCITAS AOS IDOSOS COMUNS DOS PLANOS DE SAÚDE

- Reajuste em decorrência de mudança de faixa etária – 60 ANOS;
- insurge sobre a irretroatividade da Lei 9.656/98, desrespeitando o princípio constitucional contido no art. 5º, inciso XXXVI da CF/88 (direito adquirido, ato jurídico perfeito e coisa julgada) – prevalecerá o CDC – Lei 8.078/90, em favor do consumidor;
- Negativa de cobertura para acompanhante, no caso de paciente idoso.

## PRÁTICAS ILÍCITAS AOS IDOSOS COMUNS DOS PLANOS DE SAÚDE

- NEGATIVA DE HOME CARE;
- IMPLANTE DE LENTES INTRAOCULARES – LIO's, SÓ DANDO COBERTURA ÀS LENTES NACIONAIS (RÍGIDAS) – HÁ CASOS ONDE O PACIENTE NECESSITA DALENTE IMPORTADA DOBRÁVEL;
- NEGATIVA DE MATERIAIS LIGADOS A CIRURGIAS (POR EX. STENT), ALEGANDO FALTA DE COBERTURA CONTRATUAL (PRÓTESE)
- CANCELAMENTO DOS DEPENDENTES QUANDO DO FALECIMENTO DO TITULAR;
- CANCELAMENTO POR APOSENTADORIA OU DEMISSÃO

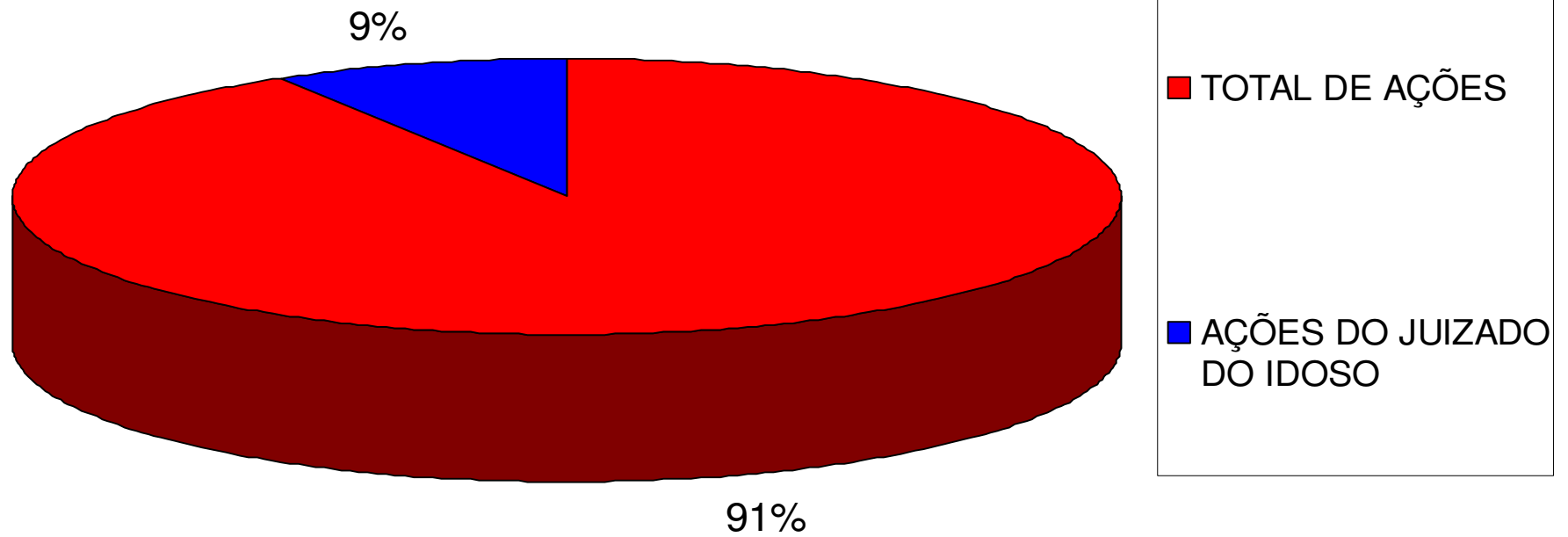
# AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

- ÓRGÃO GOVERNAMENTAL;
- CRIADO EM 2000 E VINCULADO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE;
- TEM O DEVER DE REGULAR, NORMATIZAR, CONTROLAR E FISCALIZAR O SETOR DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE.

## COMO FUNCIONA A ADUSEPS

- Organização independente de patrocínios públicos ou privados, sendo exclusiva, essencial, importante e necessária a participação do sócio na manutenção da sustentabilidade da entidade.
- Defende o consumidor judicialmente contra atos ilícitos de Seguros, Planos e Sistema de Saúde (SUS);
- Promove AÇÕES CIVIS PÚBLICAS;
- Desenvolve Projetos Sociais;
- Defende os Direitos Humanos...

## AÇÕES



**Gráfico 1:** Número total de ações da associação.

**Dados:** ADUSEPS, Denise Zambonato, Setembro de 2011.

## JUIZADO DO IDOSO

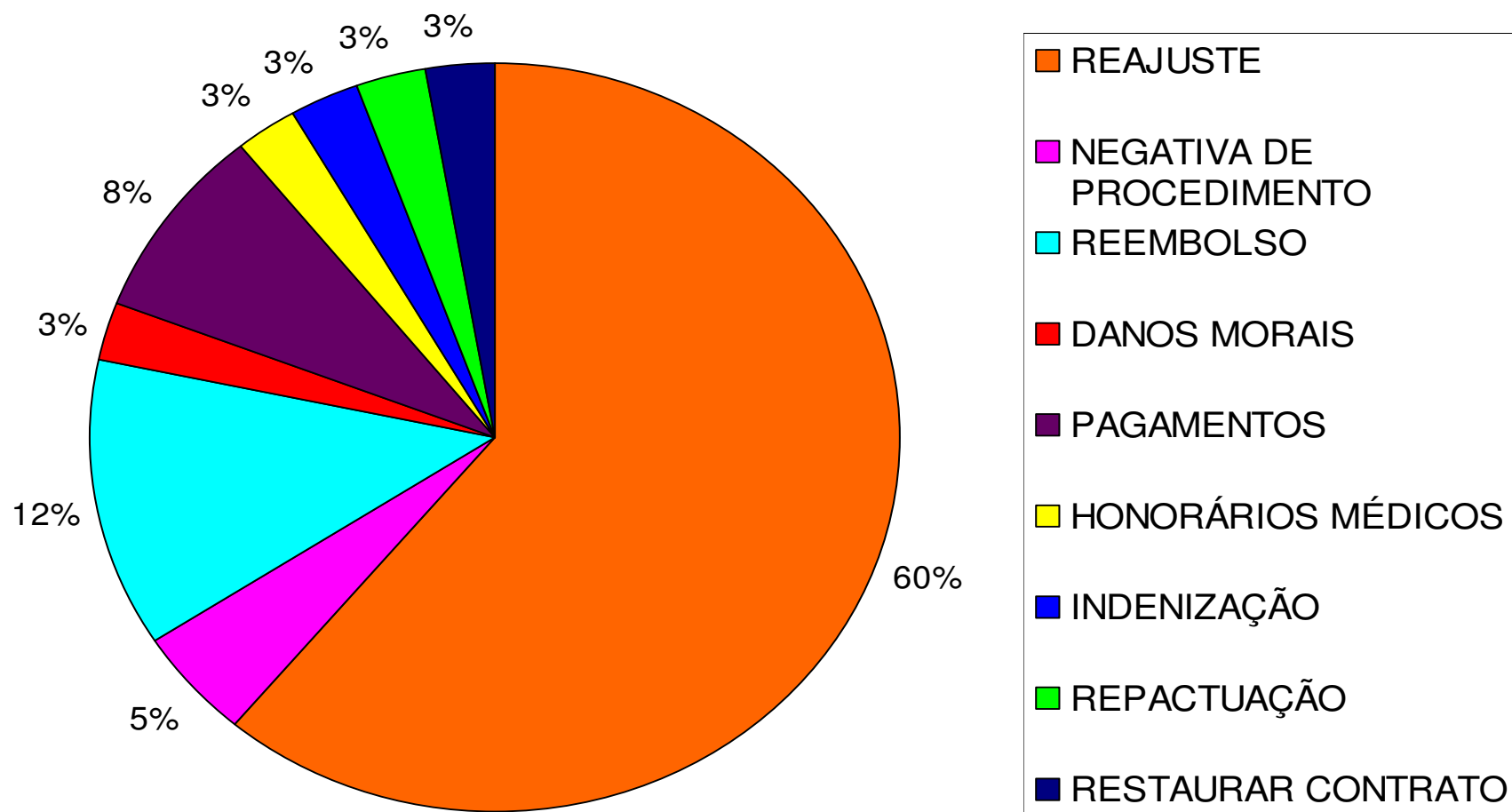


Gráfico 2: Número de ações do juizado do idoso.

Dados: ADUSEPS, Denise Zambonato, Setembro de 2011.

# NEGATIVAS DE PROCEDIMENTOS

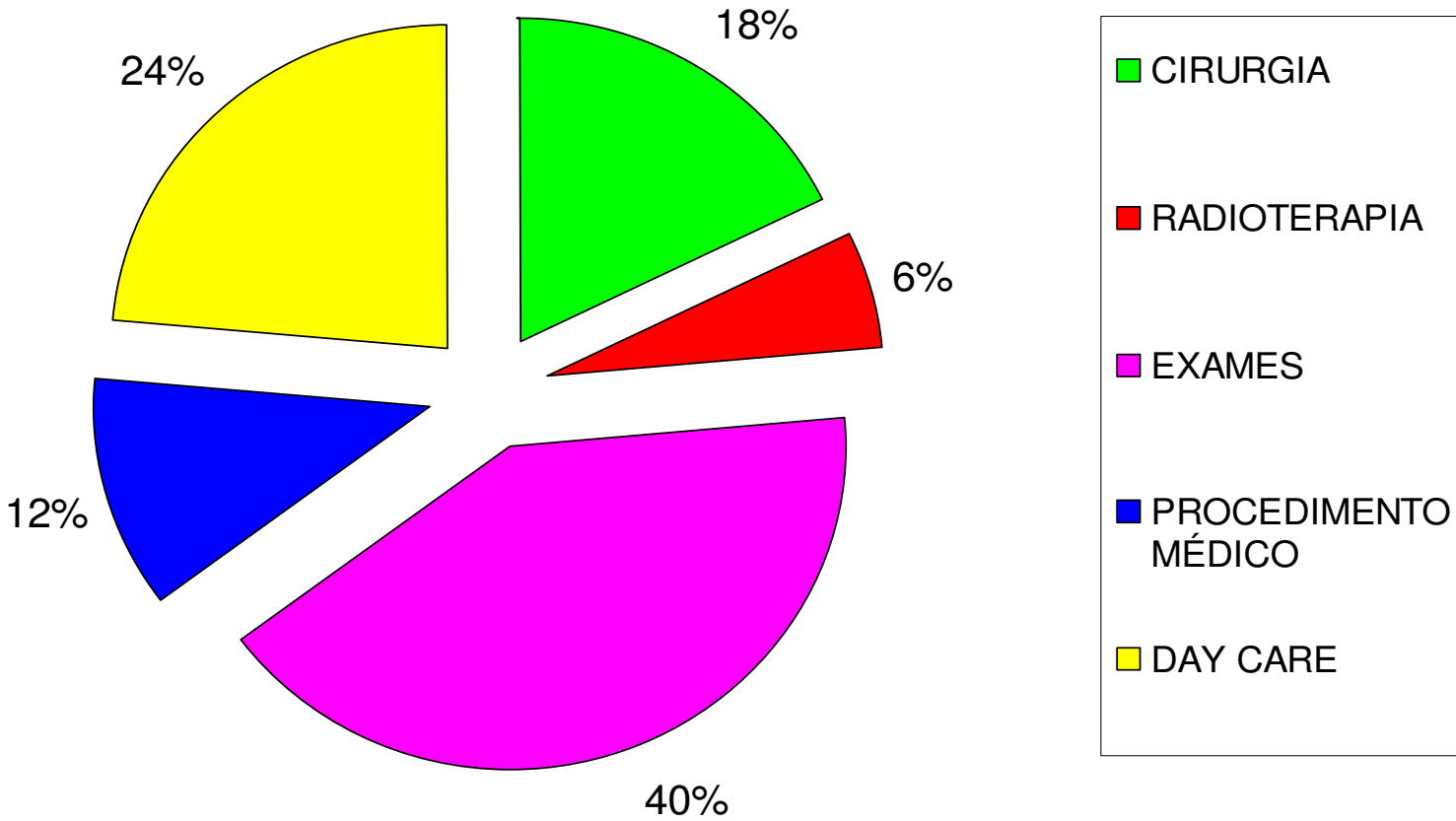


Gráfico 3: Quantidade ações de negativa de procedimento.  
Dados: ADUSEPS, Denise Zambonato, Setembro de 2011.

## RESULTADOS

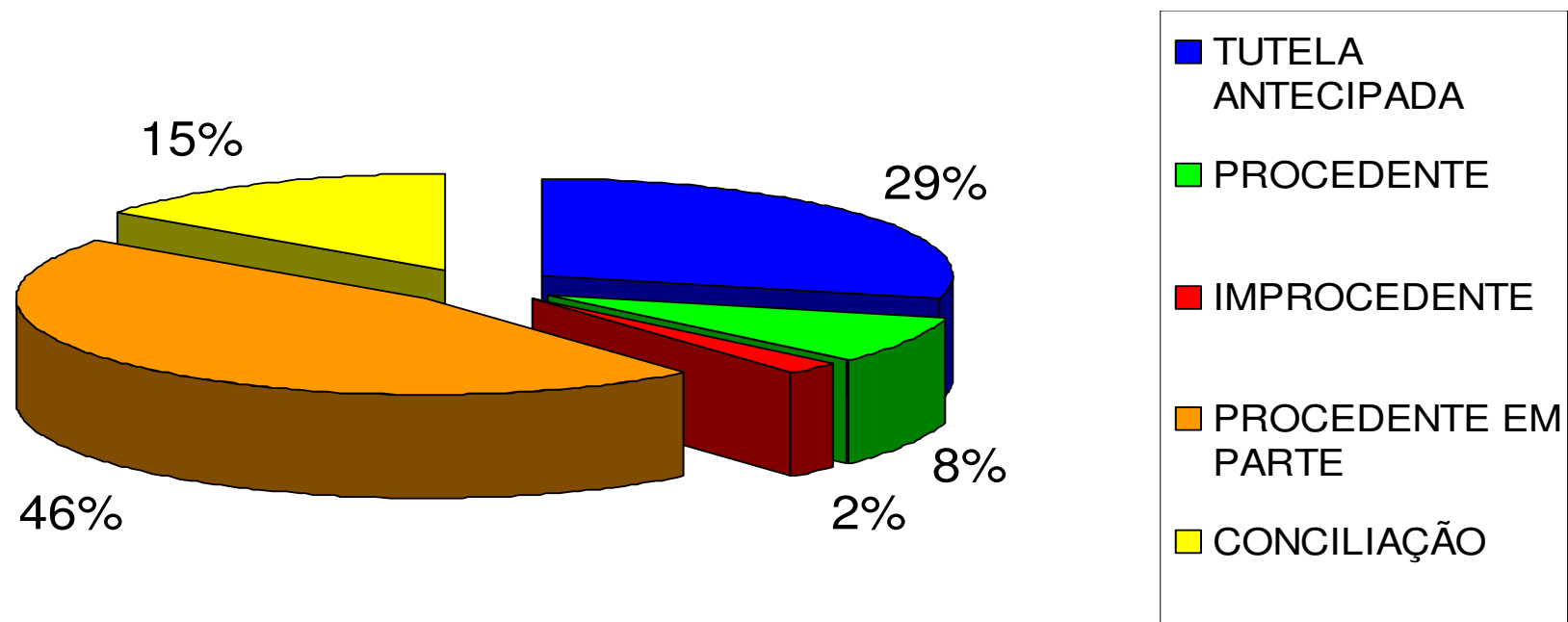


Gráfico 1: Número dos resultados obtidos nas ações do juizado do idoso.  
Dados: ADUSEPS, Denise Zambonato, Setembro de 2011.



Tribunal de Justiça de Pernambuco  
Poder Judiciário

**Juizado Especial Cível do Idoso**

R. da Glória, 301 - Boa Vista - Recife/PE - CEP: 50060-280 - F: (81) 3222-1449

Processo nº 0000623-08.2011.8.17.8125 Turma - IT

Demandante: DÉLCIO DUARTE DE LIMA

Demandado: AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL LTDA

### SENTENÇA

Vistos, etc..

**DELICIO DUARTE LIMA**, devidamente qualificados nos autos, promoveram **QUEIXA, com pedido de antecipação da tutela** em desfavor de **AMIL- ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL LTDA**, também individuada nos autos, alegando o demandante que é segurado do Plano de saúde desde 28/02/2002 e desde o início do contrato sempre cumpriram suas obrigações, pagando regularmente a mensalidade, a qual a partir de junho/2011 teve um aumento abusivo, passando de R\$ 720,60 (setecentos e vinte reais e sessenta centavos) para R\$ 1.701,28 (hum mil e setecentos e um reais e vinte e oito centavos) devido à aplicação do percentual de aumento abusivo.

Busca o autor a vedação do aumento por mudança de faixa etária, aplicado na mensalidade do seu plano de saúde, em razão de ter completado de 60 (sessenta) anos de idade, e ressarcimento do montante indevido, sob a alegação de ser abusivo e afrontar o art. 15 § 3º do Estatuto do Idoso, afirmando os requerentes que na sua mensalidade deveriam incidir apenas os reajustes anuais permitidos por lei e autorizado pela ANS, e ficar no importe de R\$ 720,60 (setecentos e vinte reais e sessenta centavos), desconsiderando o aumento por mudança de faixa etária.

Atribui à causa o valor de R\$ 21.800,00 (vinte e um mil e oitocentos reais)

O pedido inicial foi instruído com os documentos, (fls. 22/59).

Frustradas as tentativas de conciliação, procedeu-se à realização da audiência de instrução, ocasião em que o demandado ofereceu peça contestatória, acompanhada de documentos.

A ré **AMIL- ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL LTDA**, se insurge contra o pleito autoral, pugnando pela improcedência do pedido em todos seus termos, sob o argumento de que a seguradora sempre cumpriu a legislação pertinente à matéria, bem como os termos do contrato firmado entre as partes.

É em síntese o relatório. Passo decidir.

A relação controvertida é típica relação de consumo, posto que, presentes todos os elementos constitutivos previstos nos artigos 2º e 3º da Lei Consumerista, tais como: consumidor, fornecedor e bem de consumo (produto/serviço), conseqüentemente deve ser aplicado à espécie os dispositivos do CDC e a legislação específica que regulamenta o serviço.

Cumprido registrar, que o fato do autor terem aderido ao plano anteriormente à vigência do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03) e que no mesmo houvesse previsão contratual de reajuste por mudança de faixa etária não elide seu direito à revisão da abusividade da cláusula que dispõe sobre o reajuste da mensalidade por faixa etária, pois, sendo o Estatuto do Idoso constituído de norma de natureza impositiva e de ordem pública é de aplicação imediata, o disposto no art. 15 § 3º do citado diploma legal *in verbis*: **é vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.**

Busca o autor a vedação do aumento por mudança de faixa etária, aplicado na mensalidade do seu plano de saúde, em razão de ter completado de 60 (sessenta) anos de idade, e ressarcimento do montante indevido, sob a alegação de ser abusivo e afrontar o art. 15 § 3º do Estatuto do Idoso, afirmando os requerentes que na sua mensalidade deveriam incidir apenas os reajustes anuais permitidos por lei e autorizado pela ANS, e ficar no importe de R\$ 720,60 (setecentos e vinte reais e sessenta centavos), desconsiderando o aumento por mudança de faixa etária.

Atribui à causa o valor de R\$ 21.800,00 (vinte e um mil e oitocentos reais)

... que a seguradora sempre cumpriu a legislação pertinente, bem como os termos do contrato firmado entre as partes.

A ré AMIL- ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL LTDA, se insurge contra o pleito autoral, pugnando pela improcedência do pedido em todos seus termos, sob o argumento de que a seguradora sempre cumpriu a legislação pertinente à matéria, bem como os termos do contrato firmado entre as partes.

A relação controvertida é típica relação de consumo, posto que, presentes todos os elementos constitutivos previstos nos artigos 2º e 3º da Lei Consumerista, tais como: consumidor, fornecedor e bem de consumo (produto/serviço), conseqüentemente deve ser aplicado à espécie os dispositivos do CDC e a legislação específica que regulamenta o serviço.

Cumprir registrar, que o fato do autor terem aderido ao plano anteriormente à vigência do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03) e que no mesmo houvesse previsão contratual de reajuste por mudança de faixa etária não elide seu direito à revisão da abusividade da cláusula que dispõe sobre o reajuste da mensalidade por faixa etária, pois, sendo o Estatuto do Idoso constituído de norma de natureza impositiva e de ordem pública é de aplicação imediata, o disposto no art. 15 § 3º do citado diploma legal *in verbis*: **é vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.**

Desse modo, o disposto no aludido artigo deve incidir em todos os contratos de planos de saúde em que o segurado atingiu a idade de 60 (sessenta) anos de idade, ainda, que firmados antes da vigência do Estatuto do Idoso, em 01 de janeiro de 2004, em consequência deve ser declarada abusiva os reajustes das mensalidades de plano de saúde com base exclusivamente no na mudança de faixa etária do consumidor que atingiu 60 anos de idade.

É pacífica também o entendimento dos Tribunais neste sentido, como a ementa que trago à colação:

Deve ser observado, que o plano de assistência à saúde tem natureza jurídica de contrato sucessivo, com prazo indeterminado, por conseguinte os direitos e obrigações advindos desse vínculo são exercidos por tempo indeterminado, ou seja, o consumidor contribui mensalmente com o pagamento para ter assegurado o direito à prestação de serviço, expectativa e confiança gerada pelo convívio ao longo dos anos da relação contratual, sendo o objetivo principal do consumidor a garantia da continuidade na prestação do serviço, notadamente quando atingir a faixa etária em que necessita de maiores cuidados e que após anos pagando regularmente sua mensalidade não tem interesse de se desvencilhar do contrato.

Na hipótese em apreço, nula se revela a disposição que estabelece o reajuste das contraprestações pecuniárias em função da idade dos segurados, elevando a contribuição para montante excessivamente oneroso, como na hipótese em comento, em que quase triplicou a mensalidade, configurando uma limitação inequívoca à permanência dos requerentes em seu plano de saúde. Evidente que o percentual de reajuste anual, normal a todos os contratos dessa natureza é possível, mas não o percentual discriminatório aplicado no plano dos autores.

Assim, diante das alegações dos autores aliadas a prova que acompanhou a inicial, verifica-se ser abusivo e revestido de ilegalidade o aumento da mensalidade do contrato de plano de saúde dos requerentes, com base na mudança de faixa etária por se encontrar a mesma amparada pelo Estatuto do Idoso, prevalecendo apenas o reajuste anual permitido em lei.

Neste diapasão, há se notar que a demandante por vasto lapso temporal efetuou pagamento do seguro saúde em excesso, e que no entender deste Juízo devem ser ressarcidos, de forma simples.

Ante o exposto, com fundamento no art. 269, I, do CPC, trata-se de matéria de

Ante o exposto, com arrimo no artigo 269, I, do CPC, JULGO parcialmente PROCEDENTE o pedido formulado pelos autores e declaro abusivo o aumento da mensalidade do plano de saúde em razão de mudança de faixa etária, para condenar a **AMIL- ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL LTDA** a REDUZIR a mensalidade do plano de saúde do demandantes para R\$ 720,60 (setecentos e vinte reais e sessenta centavos), a partir do mês de junho/2011 e não mais proceder com reajuste em decorrência de mudança de faixa etária, mas tão somente os reajustes anuais autorizado pela ANS, observando que o contrato será mantido com todos os serviços do plano de saúde na forma anteriormente firmado.

Sem custos e honorários advocatícios.

## ALGUMAS PERGUNTAS FREQUENTES

- **Qual é a diferença entre atendimento de urgência e de emergência?**

Os atendimentos de urgência são os resultantes de acidentes pessoais decorrentes de causas externas, ocorridos em data específica, de maneira súbita e involuntária e causam lesão física não decorrente de problemas de saúde. Também são considerados atendimentos de urgência as complicações no processo gestacional.

Os atendimentos de emergência são os que implicam em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, constatado em declaração do médico assistente.

## ALGUMAS PERGUNTAS FREQUENTES

- **Quando o hospital onde se encontra o paciente não tem recursos para a atenção necessária, a operadora é obrigada a garantir a remoção do paciente para outro hospital?**

Sim, para outro hospital da rede da operadora, desde que tenha os recursos para o tratamento adequado. A transferência deve ser feita em ambulância com os recursos para garantir a manutenção da vida e definida pelo médico que esteja cuidando do paciente.

## ALGUMAS PERGUNTAS FREQUENTES

- **Se o plano do consumidor não dá cobertura para internação, qual é a responsabilidade da operadora?**

A operadora deve se responsabilizar pelas despesas de remoção do paciente para a rede pública, em ambulância que tenha os recursos necessários para garantir a manutenção da vida. Essa responsabilidade termina apenas após o registro do paciente na unidade da rede do SUS.

Caso haja risco de vida que impeça a remoção do paciente, deverá haver acordo entre o contratante e o prestador do atendimento. Caso o paciente ou a família decida pela remoção para hospital que não seja da rede SUS, a operadora fica desobrigada da responsabilidade médica e do pagamento da remoção.

- **Quais são as regras para a obrigatoriedade de cobertura nos casos de urgência ou de emergência?**
- Nos contratos novos (celebrados a partir de janeiro de 1999), após as 24 horas a contar da assinatura, é obrigatória a cobertura dos procedimentos de urgência e de emergência, de acordo com as limitações e segmentações do plano.
- Se o plano for o Referência, não há qualquer restrição de cobertura após as 24 horas. Se o plano for Hospitalar com ou sem obstetrícia, mas ainda em período de carência para internação, não há restrições (após as 24 horas) para os casos de urgência, mas nos casos de emergência o atendimento é restrito às primeiras 12 horas de cobertura ambulatorial, assim como nos casos decorrentes de complicação gestacional. Se houver necessidade de internação, o atendimento se restringe a menos de 12 horas.

- Se o plano for apenas ambulatorial, o atendimento fica limitado às primeiras 12 horas. Ultrapassado esse período e caso haja necessidade de internação, a cobertura cessa e as despesas passam a correr por conta do paciente.
- **Se o contrato do plano for antigo (celebrado antes da Lei) há obrigatoriedade de cobertura para urgências e emergências?**  
No caso de contrato antigo, as condições de cobertura para atendimentos de urgência e de emergência deverão ser aquelas que estiverem estabelecidas no contrato.

- **Atendimento decorrente de doença ou lesão preexistente:**

**Se o paciente ainda estiver cumprindo prazo de cobertura parcial temporária (carência específica para a doença preexistente), é garantida cobertura para o atendimento de urgência ou emergência?**

Independente do tipo de plano, é garantida a cobertura igual à prevista para os planos ambulatoriais. Importante ressaltar que esse impedimento só se aplica ao atendimento referente à doença especificada na declaração de saúde.

## ALGUMAS PERGUNTAS FREQUENTES

- **É estabelecida prioridade de atendimento para marcação de consultas, exames e demais procedimentos de urgência e emergência?**

Sim. Os casos de urgência e emergência têm prioridade sobre os demais casos.

- **BIBLIOGRAFIA:**

IDEC. 2007. Seu Plano de Saúde: conheça os abusos e armadilhas. São Paulo: IDEC.

- **LEGISLAÇÃO PERTINENTE AO TEMA**

- **PRODUÇÃO: ASSESSORIA JURÍDICA  
ADUSEPS**

- **GRÁFICOS: Denise Zambonato**