

OF/SEC/AMB/0196/2017

São Paulo, 05 de outubro de 2017.

Prezados(as) Senhores(as),

Segue abaixo um consolidado sobre os principais itens discutidos na Reunião do Conselho de Defesa Profissional da Associação Médica Brasileira AMB em 29/08/2017, que têm sido utilizados para que se criem “vilões” na saúde suplementar, permitindo tanto aos gestores privados como públicos lançarem mão de “soluções” inusitadas que já demonstram trazer grande prejuízo à população brasileira e aos profissionais de saúde, ambos imprescindíveis e fundamentais nos sistemas de saúde do país.

1 – Sinistralidade

2 – VCMH - variação de custos médico-hospitalares

3 – Envelhecimento Populacional

4 – Fator de Qualidade

5 – Ressarcimento ao SUS

6 – Formas de Pagamento

7 – Co-participação

8 – Plano acessível – propostos pelo Ministério da Saúde

9 – ROL

1 – Sinistralidade

TAXA DE SINISTRALIDADE: Segundo a ANS é o índice de despesas assistenciais, ou despesas médicas. Mostra a relação entre despesas assistenciais e o **total das receitas** com a operação de planos de saúde (contraprestações efetivas).

Os números apontados pela ANS não refletem a realidade das operadoras:

Planos com custeio pós pagamento não devem ser considerados para fins de cálculo da sinistralidade, pois não há receita prévia.

Valores de glosa, devolução e outros “não pagos” não são demonstrados e podem estar embutidas nas despesas assistenciais.

Não há nenhuma informação das despesas administrativas e dos valores destinados a reinvestimento, do lucro e dividendos, da corretagem entre outras.

A AMB considera a sinistralidade uma “caixa preta” na qual são colocados apenas os rótulos e registros que interessam. Usam o argumento de que há aumento da sinistralidade, apontando perdas e reduções de lucratividade.

O lucro não reduziu como demonstrado no exemplo abaixo:

Um plano de saúde em 2015 tinha a mensalidade de R\$ 300,00, com lucro de 2% = R\$6,00 por beneficiário.

Em 2016 este mesmo plano reajusta a mensalidade para R\$ 400,00 (aumento de 33,3%*), alegando alta sinistralidade e redução do lucro para 1,8% (redução em 10%) = R\$7,20 por beneficiário.

No final um aumento de lucro de 20% por beneficiário.

Portanto, o argumento sobre aumento da sinistralidade está sendo usada para permitir o aumento das mensalidades e no mínimo a manutenção do lucro, bem acima da inflação, enquanto o reajuste dos serviços dos profissionais de saúde sequer corrige perdas inflacionárias.

(*) Os reajustes estão variando entre 20%, 30% e até 42%, ou seja, bem acima das metas estabelecidas pela ANS para os planos Individuais e familiares, que no ano de 2016 foi de 13,57%. **Fonte:** Folhanobre.com.br Planos de saúde por adesão tiveram reajuste até três vezes acima da inflação

Fonte: <http://noticias.r7.com/economia/planos-de-saude-por-adesao-tiveram-reajuste-ate-tres-vezes-acima-da-inflacao-29022016>

2 – VCMH - variação de custos médico-hospitalares

O que é **VCMH/IESS**?

É a variação de custos médico-hospitalares. O índice do Instituto de Estudos da Saúde Suplementar IESS é composto principalmente por internações, que possui o maior peso no índice (60% dos custos). A VCMH/IESS é composta ainda de: Exames Complementares (14%), Consultas (10%), Terapias (10%) e Outros Serviços Ambulatoriais (OSA) (5%).

“A metodologia utilizada para o cálculo do VCMH representa uma amostra de 10% do total de beneficiários dos planos INDIVIDUAIS (antigos e novos) distribuídos em todas as regiões do país” (Índice de Variação do Custo Médico Hospitalar VCMH/IESS)

A metodologia do IESS não é exatamente aquela recomendada pelos institutos internacionais, como pode ser observado no trecho abaixo retirado da própria publicação do IESS de maio de 2017.

*Index Family The S&P Healthcare Claims Indices are a series of indices providing data on the cost, utilization and unit costs of healthcare services covering professional services, inpatient and outpatient services and prescription pharmaceuticals. **The indices are calculated for four lines of business: large insured plans, small insured plans, individual plans, and Administrative Services Only (ASO) plans.** Insured plans are generally defined by state insurance regulation with large insured plans typically covering 100 or more employees, while small insured plans generally cover fewer than 100 employees.*

(...)

Traduzindo: são quatro linhas de negócios/produtos avaliados para o VCMH: planos de seguros amplos, planos de seguros menores, planos individuais e planos administrados.

O VCMH/IESS é feito com base apenas nos planos individuais. Observe-se que a maioria das Operadoras de Seguro Saúde não tem disponível à venda o produto individual e esse plano é o que possui a mais alta faixa etária.

3 – Envelhecimento Populacional

O paradigma do envelhecimento da população está servindo com um propósito perverso: expulsar os beneficiários mais idosos ou cobrar valores aviltantes.

Segundo estudos da OMS - **Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde de 2015:**

“A idade avançada não implica dependência.”

“O envelhecimento da população aumentará os custos com cuidados de saúde, porém, não tanto quanto esperado.”

“O gasto com populações mais velhas é um investimento, não um custo.”

As carteiras das operadoras quando estratificadas pela idade não refletem a predominância de idosos acima de 60 anos, sendo 12,5% da população total geral da saúde suplementar e 23,14% dos planos individuais, como demonstrado nos quadros abaixo.

Tipo de contratação do plano e faixas etárias	Total			Novos			Antigos		
	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino
Total	48.487.129	25.869.288	22.617.841	43.380.595	23.050.187	20.330.408	5.106.534	2.819.101	2.287.433
0 a 9 anos	6.702.791	3.281.871	3.420.920	6.331.183	3.099.114	3.232.069	371.608	182.757	188.851
10 a 19 anos	5.576.442	2.787.388	2.789.054	5.104.868	2.554.358	2.550.510	471.574	233.030	238.544
20 a 29 anos	7.978.891	4.279.950	3.698.941	7.382.631	3.971.780	3.410.851	596.260	308.170	288.090
30 a 39 anos	9.921.857	5.328.936	4.592.921	9.219.799	4.963.915	4.255.884	702.058	365.021	337.037
40 a 49 anos	6.883.378	3.670.133	3.213.245	6.271.093	3.327.590	2.943.503	612.285	342.543	269.742
50 a 59 anos	5.318.350	2.878.817	2.439.533	4.522.595	2.431.581	2.091.014	795.755	447.236	348.519
60 a 69 anos	3.270.416	1.854.082	1.416.334	2.530.779	1.424.109	1.106.670	739.637	429.973	309.664
70 a 79 anos	1.774.453	1.078.205	696.248	1.270.429	773.589	496.840	504.024	304.616	199.408
80 anos e mais	1.058.941	709.155	349.786	746.276	503.734	242.542	312.665	205.421	107.244

Fonte: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - setembro/2016

Tipo de contratação do plano e faixas etárias	Total			Novos			Antigos		
	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino
Individual	9.492.363	5.686.991	3.805.372	8.293.401	4.952.850	3.340.551	1.198.962	734.141	464.821
0 a 9 anos	1.698.510	821.434	877.076	1.682.680	813.592	869.088	15.830	7.842	7.988
10 a 19 anos	1.092.295	550.554	541.741	1.030.618	519.843	510.775	61.677	30.711	30.966
20 a 29 anos	1.131.328	697.694	433.634	1.030.308	647.300	383.008	101.020	50.394	50.626
30 a 39 anos	1.285.540	819.916	465.624	1.198.494	775.346	423.148	87.046	44.570	42.476
40 a 49 anos	1.023.218	650.239	372.979	908.232	577.080	331.152	114.986	73.159	41.827
50 a 59 anos	1.063.987	685.386	378.601	859.628	556.442	303.186	204.359	128.944	75.415
60 a 69 anos	1.006.473	650.869	355.604	746.273	483.913	262.360	260.200	166.956	93.244
70 a 79 anos	728.922	483.107	245.815	501.687	337.230	164.457	227.235	145.877	81.358
80 anos e mais	461.802	327.673	134.129	335.306	242.040	93.266	126.496	85.633	40.863

Fonte: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - setembro/2016

4 – Fator de Qualidade ANS

É aplicável a poucos contratos, com previsão de livre negociação, quando não houver acordo dentro do prazo previsto de negociação. No modelo atual o Fator de Qualidade é voltado somente para fins de reajuste e resulta em pouco ou nenhum estímulo à qualidade.

A AMB propõe mudanças no Fator de Qualidade:

1) Ser aplicável a todos os contratos dos profissionais de saúde que atuam nos consultórios e clínicas que devem ter correção mínima pelo IPCA em seus

contratos acrescido do Fator de Qualidade. Se o reajuste for inferior ao IPCA do período apurado, aplica-se o índice da ANS acrescido do FQ.

2) Ampliar a aplicação do Fator de Qualidade também à remuneração dos serviços contratados com criação de normativo específico do Fator de Qualidade aplicável ao reajuste e à remuneração.

3) Revisão dos percentuais previstos para o Fator de Qualidade na IN 61 e Nota Técnica 45:

Proposta:

100% do IPCA para todos os profissionais

110% para os profissionais titulados e

+5% para cada 20 pontos completos do sistema de créditos para pontuação CNA, quadro resumido a seguir:

	Atividade	Nº. de Pontos
Eventos	Congresso nacional da especialidade	5
	Congresso da especialidade no exterior	15
	Congresso/jornada regional/estadual da especialidade	10
	Congresso relacionado à especialidade com apoio da sociedade nacional da especialidade	0,5/h
	Outras jornadas, cursos e simpósios	(mín.1 e máx.10)
	Programa de educação à distância por ciclo	0,5/h (máx.10)
Atividades científicas	Artigo publicado em revista médica	5
	Capítulo em livro nacional ou internacional	5
	Edição completa de livro nacional ou internacional	10
	Conferência em evento nacional apoiado pela Sociedade de Especialidade	5
	Conferência em evento internacional	5
	Conferência em evento regional ou estadual	2
	Apresentação de tema livre ou pôster em congresso ou jornada da especialidade	02 (máx. 10)
Atividades acadêmicas	Participação em banca examinadora (mestrado, doutorado, livre-docência, concurso, etc.).	5
	Mestrado na especialidade	15
	Doutorado ou livre docência na especialidade	20
	Coordenação de programa de residência médica	5/ano

5 – Ressarcimento ao SUS

O ressarcimento ao SUS tem sido pouco eficiente. Em 2016, a ANS* cobrou das operadoras mais de R\$ 1,65 bilhão referentes ao ressarcimento ao SUS. O valor recorde corresponde a cerca de 1,1 milhão de procedimentos realizados na rede pública e representa um acréscimo de 151,9% do total de procedimentos cobrados em relação ao ano anterior, quando foram cobrados 439.485 procedimentos.

(*)http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/boletim_ressarcimento_julho_2017.pdf

Da cobrança gerada, os valores recebidos são bem menores.

Ainda existem tramitações judiciais, com o principal argumento da inconstitucionalidade do ressarcimento ao SUS.

A AMB defende aos que não estão ressarcindo ao SUS, uma proposta de anti-sinistralidade que é a reversão dos valores devidos, do ressarcimento ao SUS pelas Operadoras, para cobertura das despesas assistenciais diretas, aliviando medida de reajuste nas mensalidades e contribuição dos beneficiários.

6 – Formas de Pagamento

Apontar que a forma de pagamento é que está levando a insustentabilidade do sistema de saúde não é verdade.

O pagamento por serviço/procedimento conhecido mundialmente como FEE FOR SERVICE – FFS tem sua aplicabilidade e é utilizado na maior parte do mundo, associado ou não a outras formas de pagamento.

A AMB não é contra o modelo *Fee For Service*, o mais praticado na saúde suplementar, e entende que este necessita de uma revisão operacional e uma melhor regulação incluindo:

- Valores mais justos de remuneração;
- Práticas baseadas em evidências, com instituição de protocolos e diretrizes consistentes;
- Mudar a lógica do pagamento baseado no volume.

A falta de transparência nos atos de contratualização, de autorização e pagamento de procedimento é outro fator que prejudica o modelo FFS. A glosa como é feita hoje é uma parte perversa do modelo.

A glosa tem sido utilizada como forma de represamento e adiamento do pagamento, mesmo quando este é totalmente devido. Portanto, a glosa está sendo utilizada de forma ilegal, não cumprindo o prazo contratual de pagamento dos serviços prestados.

A AMB defende normatização para a glosa, com encaminhamento da proposta já apresentada à ANS.

Os novos “modelos” propostos e discutidos pela ANS como o **DRG (*diagnosis related group*)** tem sido analisados pela AMB.

A AMB não é contra o modelo *DRG*, mas a proposta necessita:

- Controle externo e de ambas as partes
- Informação de ambas as partes
- Confiança entre as partes
- Transparência entre as partes
- Compromisso entre as partes

E temos isto hoje? Algum item acima é plenamente atendido?

Para discussão dos modelos de remuneração pela ANS, os prestadores não foram consultados sobre a melhor forma de pagamento. A AMB e Conselho Federal de Medicina CFM foram convidados a participar de Grupos Técnicos cujo núcleo vislumbrava discutir principalmente DRG.

A AMB defende uma discussão de remuneração justa, sem acabar com o FFS e sim melhorando, e evoluir para os modelos de remuneração com fundamentos na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos CBHPM.

7 – Co-participação

O que está proposto é o uso da co-participação como fonte de receita, o que não é recomendável, podendo levar a sub-utilização e se tornar um fator limitador.

A Minuta de Resolução da ANS não atende às necessidades reais do setor. Existe claro conflito, demonstrando a perversidade na proposta de participação no Artigo 4º à exceção do inciso I:

Sem transparência o beneficiário pode estar pagando muito mais que o percentual acordado. Por exemplo: 30% de R\$100,00 da tabela = R\$30,00 que é igual a 50% de R\$60,00, valor real pago ao prestador.

8 – Plano acessível, os três modelos propostos pelo Ministério da Saúde

1) Plano Simplificado: cobertura para atenção primária, conforme Rol da ANS, incluindo consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina – CFM e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade, resolvendo mais de 85% das necessidades de saúde. Nessa proposta não há previsão para internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e hospital dia. Por meio do Plano Simplificado o beneficiário teria mais de 85% das necessidades de saúde atendidas.

Análise AMB: É praticamente o plano de segmentação ambulatorial existente atualmente, **sem o PRONTO SOCORRO e os tratamentos ambulatoriais mais complexos, e IMPORTANTES, como diálise, hemodiálise, radio/quimioterapia e cirurgias oftalmológicas.**

Promete uma resolutividade de mais e 85% nos serviços de baixa e média complexidade, o que exige ter profissionais capacitados/qualificados, comprometidos e principalmente valorizados. **O que se tem hoje? É proposto melhorar remuneração e valorização dos profissionais de saúde?**

COM CERTEZA NÃO!

Não garantir cobertura ao maior risco (internação e tratamentos mais complexos) vai à contramão do princípio da seguridade e do mutualismo, *lato sensu*. A sociedade humana evoluída sustenta-se sobre estes pilares SEGURIDADE E MUTUALISMO.

2) Plano Ambulatorial + hospitalar: cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade. O paciente passaria obrigatoriamente por uma prévia avaliação realizada por médico da família ou da atenção primária, escolhido pelo beneficiário. Caberá a esse médico encaminhar o paciente para a rede especializada, caso julgue necessário. Havendo indicação para atendimento hospitalar, o beneficiário poderá ser encaminhado para uma segunda avaliação médica que reafirme a necessidade

para o encaminhamento do procedimento. Vale ressaltar que a cobertura do plano está adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município e à capacidade operacional da rede particular.

Análise AMB: Isto já é possível com as coberturas vigentes. O modelo está implantado em muitas Operadoras Medicinas de Grupo, com rede própria.

Então o que se propões é **reduzir coberturas, com risco de comprometer a qualidade e não atender às necessidades do paciente, alegando a falta de infraestrutura no município ou “capacidade operacional”**.

3) Plano em Regime Misto de Pagamento: oferece serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, bem como, quando necessário, atendimento ambulatorial. Fica sob a responsabilidade do beneficiário o pagamento do procedimento, de acordo com valores previstos em contrato. Os modelos de pré e pós-pagamento serão acordados, assegurando o Rol de Procedimentos da ANS.

Análise AMB: É praticamente um plano de segmentação hospitalar existente atualmente, com ou sem obstetrícia, acrescido a um “cartão de descontos” ou algo parecido.

Qual a necessidade de se reinventar? Estranhamente há poucos dados divulgados pela ANS sobre esses planos exclusivamente ambulatoriais ou exclusivamente hospitalares.

9 – Rol de cobertura mínima obrigatória

O assunto Rol tem se tornado o principal foco para impedir o avanço da incorporação e uso das novas tecnologias em saúde, cujo argumento é o seu impacto no aumento dos custos assistenciais em saúde.

A AMB defende o uso racional e a incorporação da tecnologia em saúde baseada nas melhores evidências científicas.

No entanto, o interesse tão somente econômico e muitas vezes com entendimentos enviesados têm sido a base para impedir o acesso da população brasileira às melhores opções terapêuticas e diagnósticas disponíveis no mundo.

Recentemente até mesmo os procedimentos recomendados pelo Grupo Técnico da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS para incorporação

no ROL 2018 e apresentados na Consulta Pública 61 da ANS foram alvos de solicitação de Estudos de Custo Efetividade.

De regra geral, especificamente o tipo de estudo solicitado de Custo Efetividade é aquele preconizado quando a tecnologia já está em uso, portanto incorporada, ainda que para fins de estudo.

Também não se recomenda, em linhas gerais, “importar” tais estudos realizados em outros países, pois não demonstrará efetividade fora da população originalmente estudada.

Com isto, sugere a ANS: um completo desconhecimento do que se quer avaliar enquanto impacto econômico das novas incorporações ou se tornar, por meio de intransigências, um intimidador aos que querem discutir o uso de tecnologias de forma transparente, racional e baseado em evidência.

Recentemente saiu na mídia geral a seguinte notícia “Estudo elaborado pela Fenasaúde: impacto com novo Rol da ANS pode chegar a R\$ 5,4 bilhões, o equivalente a aproximadamente 4% do total das despesas assistenciais em 2016”. Segundo a entidade, o estudo: “teve como critério de seleção a disponibilidade de informações sobre a prevalência das doenças, considerando as indicações propostas pela ANS para uso da tecnologia. Desta forma, o modelo estatístico, utilizado pela entidade para impacto financeiro, considerou uma estimativa do número de indivíduos na Saúde Suplementar que irão se tornar elegíveis à indicação da tecnologia. O estudo não inclui custos agregados adicionais (despesas hospitalares, insumos, taxa de uso de equipamentos etc.) em razão da dificuldade de se obter essas informações. Vale frisar que não se trata de uma Análise de Custo-Efetividade ou de Análise de Impacto Orçamentário, que são complexos e exigem mais dados.”

Destaque-se que a metodologia aplicada no “estudo” da Fenasaúde por si só merece críticas! O impacto de 5,4 bilhões desconsidera, por exemplo, qualquer redução por substituição na alternativa de tratamento em saúde.

Se a entidade Fenasaúde, como declarado, tem dificuldade em obter informações de custos adicionais agregados como despesas hospitalares, insumos, taxas de uso de equipamentos, demonstra não ter base nenhuma para apurar qualquer outra informação!

O impacto que segundo a Fenasaúde pode chegar a 4% das despesas assistenciais de 2016 não tem nenhum fundamento, a não ser um cálculo simplista com base no valor unitário projetado, superestimado, frente aos valores praticados no mercado e uma incidência ou prevalência, da doença a ser tratada, informada e não apurada.

Se o impacto chegar a 4%, demonstra-se a ineficiência e incompetência do setor e não o custo real do impacto dos novos procedimentos.

Apontamento e divulgação de percentuais impactantes, fora da realidade, como o acima citado servem aos interesses das principais forças econômicas do setor para justificar pleitos atuais e futuros quanto à necessidade de reajustes nas mensalidades dos planos de saúde, mantendo os seus lucros em patamares privilegiados, além de tentar inibir quaisquer tentativas justas e legítimas de incorporação de tecnologia em saúde no Brasil.

Deve ser salientado que os impactos econômicos de cada revisão do Rol dos anos anteriores, 2010 a 2016 não foram superiores a 1,1% como já demonstrado pela própria ANS.

Além disso, ressalte-se que nas sucessivas revisões do Rol que acontece a cada 2 anos, cada vez menos procedimentos têm sido incorporados pela ANS, ainda que não tenha havido redução das solicitações pelas Sociedades de Especialidade Médica.

Estas solicitações médicas têm sido compatíveis com a necessidade de incorporação de procedimentos e tecnologias já adotadas em diversos países no mundo com e reconhecidos resultados positivos para a saúde populacional.

Resumo das propostas para revisão do Rol 2018, no total de 26 itens:

Incorporação de novos procedimentos entre exames e cirurgias: 15
Inclusão de DUT: 2 e Alteração de DUT: 9.

Resumo das principais inclusões revisão dos anos anteriores:

Rol 2010

Cirurgias por vídeo no tórax: 26 novas cirurgias por este método.
Inclusão de 17 novos exames laboratoriais, além de exames de genética.
Aumento de consultas: nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e psicólogos.

Transplante alogênico de medula óssea (autólogo já coberto antes de 2010).

Saúde mental: O atendimento em hospital-dia tornou-se ilimitado, como alternativa à internação hospitalar.

Rol 2012

Inclusão de 41 procedimentos por videolaparoscopia e 13 novos exames.

Outras Inclusões relevantes: terapia imunobiológica, terapia ocular antiangiogênica, implante de anel intraestromal, Angiotomografia coronariana, Pet Scan e Oxigenoterapia Hiperbárica.

Rol 2014

Inclusão de 50 novos exames, consultas e cirurgias. Cobertura a 37 medicamentos orais para tratamento domiciliar de câncer e de exames para 29 doenças genéticas.

Rol 2016

Inclusão de 21 procedimentos, incluindo exames laboratoriais, além de mais um medicamento oral para tratamento de câncer em casa e ampliação do número de consultas com fonoaudiólogo, nutricionistas, fisioterapeutas e psicoterapeutas.

Atenciosamente,



Dr. Florentino de Araújo Cardos Filho
Presidente da AMB



Dr. Antonio Jorge Salomão
Secretário Geral da AMB



Dr. Emilio Cesar Zilli
Diretor de Defesa Profissional da AMB

Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

Dra. Wilma Anselmo Lima - Presidente

Dr. Bruno Almeida A. Rossini – Pres. do Comitê de Defesa Profissional

Dr. Casimiro Junqueira – Coordenador da Comissão Nacional de Honorários

Associação Brasileira de Psiquiatria

Dr. Cláudio Meneghello Martins – Diretor Secretário

Associação Médica de Minas Gerais

Dr. Juraci Gonçalves de Oliveira – Coordenador da CEHM-MG

Sociedade Brasileira de Citopatologia

Dr. Elias Fernando Miziara Vice-Presidente para Defesa Profissional

Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão

Dr. Marcelo Araf – Secretário da Comissão de Defesa Profissional e Ética

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Dr. Tássio José D. Carvalho Silva – Diretor de Defesa Profissional

Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica

Dra Ana Lucila Moreira – Diretora de Defesa Profissional

Sociedade Brasileira de Patologia

Dr. Renato Lima de Moraes Jr. – Vice-Presidente para Assuntos Profissionais

Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial

Dr. Alex Galoro - Presidente

Sociedade Brasileira de Urologia

Dr. Sebastião José Westphal – 2º Tesoureiro