



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 7.277, DE 2014 **(Do Sr. Marco Tebaldi)**

Dispõe sobre obrigatoriedade dos planos e seguros privados de assistência à saúde, a realização de todos os procedimentos obstétricos, e dá outras providências.

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-6062/2013.

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º - Fica assegurada a cobertura, pelas operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, de todos os procedimentos obstétricos pelo profissional responsável pelo pré-natal.

Art. 2º - Torna obrigatório às operadoras de plano de saúde a realização dos seguintes procedimentos:

I – O pré-natal (consultas periódicas da gestante);

II – A disponibilidade do profissional responsável pelo pré-natal para a realização do parto (acompanhamento presencial);

III – A realização do parto vaginal ou cesariano;

IV – A assistência ao parto.

Art. 3º - Caberá às operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde a realização do pagamento das “taxas de disponibilidade”.

Parágrafo único – A operadora dos planos de saúde deverá garantir a disponibilidade do profissional responsável pelo pré-natal durante a realização do parto, sem a cobrança de qualquer custo adicional para o procedimento.

Art. 4º - Caso a operadora não ofereça a cobertura, estará sujeita às sanções estabelecidas pela Agência Reguladora dos Planos de Saúde no Brasil - ANS, que garante todos os procedimentos obstétricos.

Art. 5º - Fica assegurada ao usuário de planos e seguros privados de assistência à saúde a escolha do prestador de serviço ou profissional da saúde, vinculado à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde, com a qual o usuário realizou seu pré-natal.

Art. 6º - Caberá à operadora do plano ou seguro privado de assistência à saúde, adotar as providências necessárias à operacionalização dos procedimentos decorrentes da escolha pelo usuário, do prestador de serviços.

Art. 7º - Inclui-se na abrangência da escolha do prestador de serviço pelo usuário de planos e seguros privados de assistência à saúde, a cobertura obstétrica relativa ao pré-natal, parto e assistência ao parto.

Art. 8º – Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A presente iniciativa pretende proteger as gestantes de um comportamento abusivo, que vem sendo reiteradamente denunciado pelas gestantes: a cobrança de valores extras para o acompanhamento do trabalho de parto e do próprio parto pelas operadoras do plano de saúde, para o pagamento das conhecidas “taxa de

disponibilidade”. Muitos planos de saúde cobram essa taxa para garantir que o médico que atendeu a grávida durante os meses de gestação seja o responsável pelo parto.

Conforme a resolução nº 211/10 da ANS atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde, estipulando a cobertura mínima obrigatória para os planos privados de assistência à saúde e garantindo todos os procedimentos obstétricos, conforme os artigos abaixo:

“Art. 16 – A cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no artigo 10 da lei nº 9.656/98 de 1988”.

“Art.19 – O plano hospitalar com obstetrícia compreende toda a cobertura definida no artigo 18 desta resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e o puerpério, observadas as seguintes exigências (...)”.

Não é preciso enfatizar que o parto é o desfecho desejado, natural e inescapável da gestação. Todos os obstetras estão cientes deste fato. Obviamente, o médico que fez o acompanhamento pré-natal conhece melhor do que nenhum outro as condições clínicas e psicológicas da parturiente e deve respeitar o forte vínculo de confiança que ela constrói com ele ao longo das consultas. Ignorar o valor deste laço simplesmente porque o profissional não está de plantão na hora em que vai ocorrer o parto, contraria todas as premissas do atendimento humanizado.

Diversas associações de proteção ao consumidor consideram a cobrança das operadoras dos planos de saúde como conduta abusiva, sendo que o procedimento está incluído nas coberturas de atenção ao pré-natal e ao parto.

Assim, para defender os direitos das gestantes, parturientes e famílias, propomos à apreciação do Parlamento a presente iniciativa que inclui com clareza, como cobertura obrigatória dos planos e seguros privados de assistência à saúde, a realização do parto pelo profissional obstetra responsável pelo pré-natal, dirimindo as dúvidas sobre o direito.

Acredito na sensibilidade dos nobres pares para apreciarem, contribuírem e, ao final, aprovarem o presente projeto, considerando sua contribuição fundamental para toda a Nação Brasileira, que tem na família o suporte para a sua vida.

Sala das sessões, 19 de março de 2014.

MARCO TEBALDI
Deputado Federal – PSDB/SC

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI
--

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 211, DE 11 DE JANEIRO DE 2010

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o §4º do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso III do artigo 4º e inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a alínea “a” do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 18 de dezembro de 2009, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

.....

**CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Seção Única
Das Coberturas Assistenciais**

.....

**Subseção I
Do Plano-Referência**

Art. 16 A cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

§1º São permitidas as seguintes exclusões assistenciais previstas no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que: *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label); *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

V - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, ressalvado o disposto no artigo 13 desta Resolução Normativa;

VII - fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

VIII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e

XI - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

§1º *(Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

§2º Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

§3º Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico. *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

§4º A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br). *(Redação inserida pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

Subseção II Do Plano Ambulatorial

Art. 17 O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou

terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput deste artigo;

III - cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados nos Anexos e nos artigos desta Resolução Normativa; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

IV – cobertura de consulta ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nos Anexos desta Resolução Normativa. *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

V - cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos Anexos desta Resolução Normativa, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

VI – cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos desta Resolução Normativa, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

VII - cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I desta Resolução, para segmentação ambulatorial; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

VIII - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema;

IX - cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

X – cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

XI – cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;

XII – cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Anexo I desta Resolução para a segmentação ambulatorial; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

XIII – cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento

ambulatorial do Anexo I desta Resolução Normativa; (*Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011*)

XIV – cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

XV – cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos desta Resolução. (*Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011*)

§1º Para fins da cobertura prevista no inciso XI, definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

§2º Para fins de aplicação do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998 é permitida, para a segmentação ambulatorial, a exclusão de:

I - procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

II - quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e

III - embolizações.

Subseção III Do Plano Hospitalar

Art. 18 O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;

II - quando houver previsão de mecanismo financeiro de regulação disposto em contrato para internações hospitalares, o referido mecanismo aplica-se para todas as especialidades médicas inclusive para as internações psiquiátricas; (*Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011*)

a) (*Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011*)

b) (*Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011*)

III – cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II desta Resolução; (*Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011*)

IV - cobertura de transplantes listados nos Anexos desta Resolução Normativa, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo: (*Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011*)

a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor; (*Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011*)

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

V - cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

VI – cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos desta Resolução; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

VII -cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, nos seguintes casos: *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

a) crianças e adolescentes menores de 18 anos; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

b) idosos a partir do 60 anos de idade; e *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

c) pessoas portadoras de deficiências. *(Redação inserida pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

VIII - cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos desta Resolução, para a segmentação hospitalar, conforme disposto no artigo 4º desta Resolução Normativa, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

IX – cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

X - cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar: *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no artigo 17, inciso XI, desta Resolução;

c) procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I desta Resolução para as segmentações ambulatorial e hospitalar; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos Anexos desta Resolução Normativa; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

g) embolizações listadas nos Anexos desta Resolução Normativa; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos desta Resolução Normativa; e *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos, exceto fornecimento de medicação de manutenção. *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

§1º Para fins do disposto no inciso III deste artigo, entende-se hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve

desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

§2º Para fins do disposto no inciso VI deste artigo, deve ser observado o seguinte:

I - cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos nos Anexos desta Resolução Normativa; (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

II - o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e

III - em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora. (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

§ 3º Para fins do disposto no inciso IX deste artigo, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras: (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

I - em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

II - os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência. (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

§4º (Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011)

I- (Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011)

II - (Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011)

§ 5º Para fins do disposto no inciso II deste artigo, é permitida a fixação de co-participação, crescente ou não, no limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do valor contratualizado com o prestador, para as hipóteses de cobertura por internações psiquiátricas cujo prazo exceda a 30 (trinta) dias por ano de contrato. (Acréscimo pelo art. 3º da RN nº 262, de 02/08/2011)

Subseção IV Do Plano Hospitalar com Obstetrícia

Art. 19 O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no artigo 18 desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

I – cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante: *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011) [*]*

a) pré-parto;

b) parto; e

c) pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;

II - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011) [*]*

III – opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção. *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011) [*]*

§ 1º *(Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

§ 2º Para fins de cobertura do parto normal listado nos Anexos, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, de acordo com o artigo 4º desta Resolução. *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

.....
.....

FIM DO DOCUMENTO