

PLANOS DE SAÚDE “FALSOS COLETIVOS”: crescimento do mercado e reajuste de preços (2014-2020)

Síntese

- Em 2020, aumentou para 5,44 milhões o número de pessoas conveniadas a planos de saúde “falsos coletivos” no Brasil.
- O crescimento está relacionado à quase extinção da oferta de planos de saúde individuais ou familiares no mercado.
- O reajuste anual das mensalidades desse tipo de plano é muito maior que o aumento permitido pela ANS para planos individuais.
- Além do reajuste abusivo de mensalidades nessa modalidade, milhões de usuários que tiveram suspensão provisória de aumentos em função da pandemia, passaram a ser cobrados de maneira retroativa e cumulativa, a partir de janeiro de 2021.
- Nota-se crescente falta de transparência, fragmentação e sobreposição das regras de reajustes de planos de saúde, que variam segundo tipo de plano, aniversário de contrato, faixas etárias e outras situações.

RESULTADOS

Cresceu, nos últimos seis anos, o número de pessoas vinculadas a planos de saúde “falsos coletivos”, que são adquiridos por indivíduos, famílias ou grupos de menos de 30 pessoas. Também chamados de “pejotinhas”, exigem dos interessados a apresentação de um CNPJ.

Em abril de 2020, 5,44 milhões de pessoas estavam vinculadas a planos falsos coletivos, o que corresponde a 11,7% da população que tem planos de saúde. Em 2014, eram 3,3 milhões de pessoas, ou 6,6% do total (*Gráfico 1, Tabela 1*).

GRÁFICO 1

Evolução do número de clientes (em milhares) de planos de saúde em contratos com menos de 30 pessoas, de 2014 a 2020 – Brasil, 2021

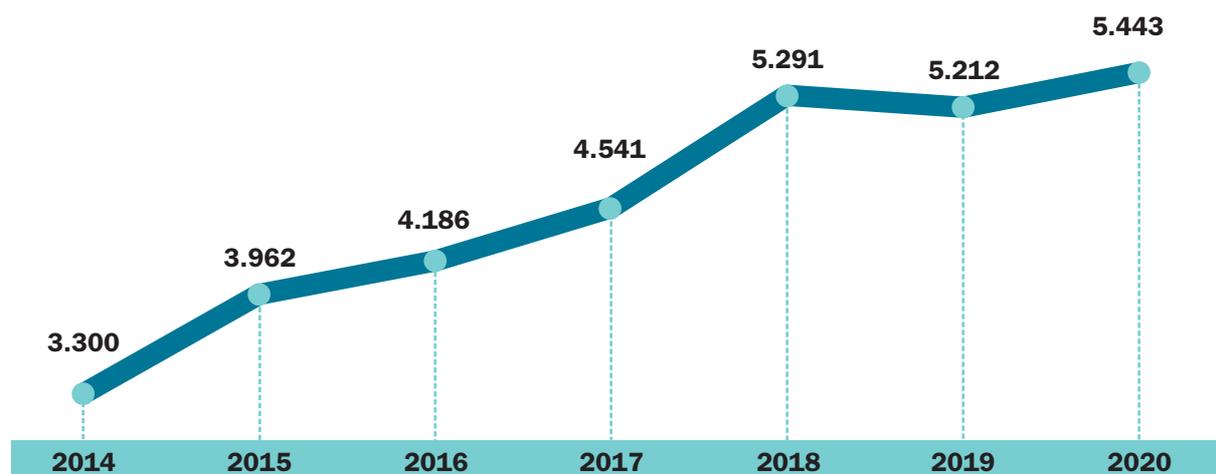


TABELA 1

Distribuição do número de clientes de planos de saúde, segundo modalidade de contratação, de 2014 a 2020 – Brasil, 2021

Tipo de plano/N Clientes (em milhares)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Individuais ou familiares	9.918	9.881	9.570	9.317	9.152	9.032	8.939
Coletivos (total)	39.751	39.995	38.466	37.780	37.788	37.848	37.670
Coletivos com mais de 30 beneficiários	36.451	36.033	34.280	33.239	32.497	32.636	32.227
Falsos coletivos	3.300	3.962	4.186	4.541	5.291	5.212	5.443
Outros	345	247	196	158	136	93	82
Total	50.013	50.123	48.232	47.255	47.076	46.973	46.691
Participação no total	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Individuais ou familiares	19,8%	19,7%	19,8%	19,7%	19,4%	19,2%	19,1%
Coletivos	79,5%	79,8%	79,8%	79,9%	80,3%	80,6%	80,7%
Coletivos com mais de 30 beneficiários	72,9%	71,9%	71,1%	70,3%	69,0%	69,5%	69,0%
Falsos coletivos	6,6%	7,9%	8,7%	9,6%	11,2%	11,1%	11,7%
Outros	0,7%	0,5%	0,4%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%
Total de planos	100,0%						

*Dados referentes a junho do ano de referência. Fonte: ANS. Elaboração: GEPS/DMP/FMUSP.

Os dados, obtidos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) por meio da Lei de Acesso a Informação¹, em janeiro de 2021, referem-se a todos os planos de saúde com menos de 30 beneficiários. A ANS registra os reajustes desses agrupamentos de contrato até o mês de abril de cada ano. Assim, os últimos dados disponíveis, até abril de 2020, não expressam possíveis efeitos da pandemia de COVID-19 sobre o reajuste de mensalidades nessa modalidade de planos de saúde.

Ao analisar a evolução do número de clientes por tipo de plano de saúde (*Tabela 1*), entre 2014 e 2020, período marcado por crise econômica e ligeira retração no número de contratos de planos de saúde, os falsos coletivos foram a única modalidade que registrou crescimento, com acréscimo de 2,1 milhões de beneficiários em seis anos. No mesmo período, houve diminuição dos usuários de planos coletivos com mais de 30 pessoas (4,2 milhões de clientes a menos) e planos individuais (cerca de um milhão de cliente a menos).

Baixa oferta de planos individuais

O crescimento dos planos falsos coletivos coincide com a progressiva diminuição da oferta de planos de saúde individuais e familiares no mercado. Com poucas opções comercializadas, cada vez mais os falsos coletivos têm sido adquiridos por uma única pessoa (Micro Empresa Individual - MEI) ou a partir de duas pessoas mediante apresentação de um CNPJ.

Uma hipótese para explicar a concomitante queda no número de pessoas vinculadas a planos individuais e aumento do número de vinculados a planos falsos coletivos é a possível migração de uma modalidade para outra. Diferentemente dos contratos individuais, para os quais a ANS estabelece, anualmente, um teto máximo de reajuste, nos falsos coletivos, que não são submetidos ao mesmo tipo de controle, o preço inicial das mensalidades é aparentemente menor, mas as operadoras, já a partir do primeiro ano de contrato, podem praticar elevados reajustes, como será destacado a seguir.

Além do aumento da população que contratou falsos coletivos no período analisado, esse nicho de mercado apresenta grande fragmentação. A média de clientes por contrato nesta modalidade caiu, de 6,2 pessoas por contrato, em 2014, para 4,7 pessoas em 2020 (*Tabela 2, Gráfico 2*). Isso reforça a hipótese de que, apesar de poderem abarcar grupos de até 30 beneficiários, os planos falsos coletivos são, em geral, contratados para atender indivíduos, famílias ou grupos reduzidos de pessoas.

¹ Processo LAI número 25072.022224/2020-10. Manifestação respondida pela ANS em 15/01/2021.

TABELA 2

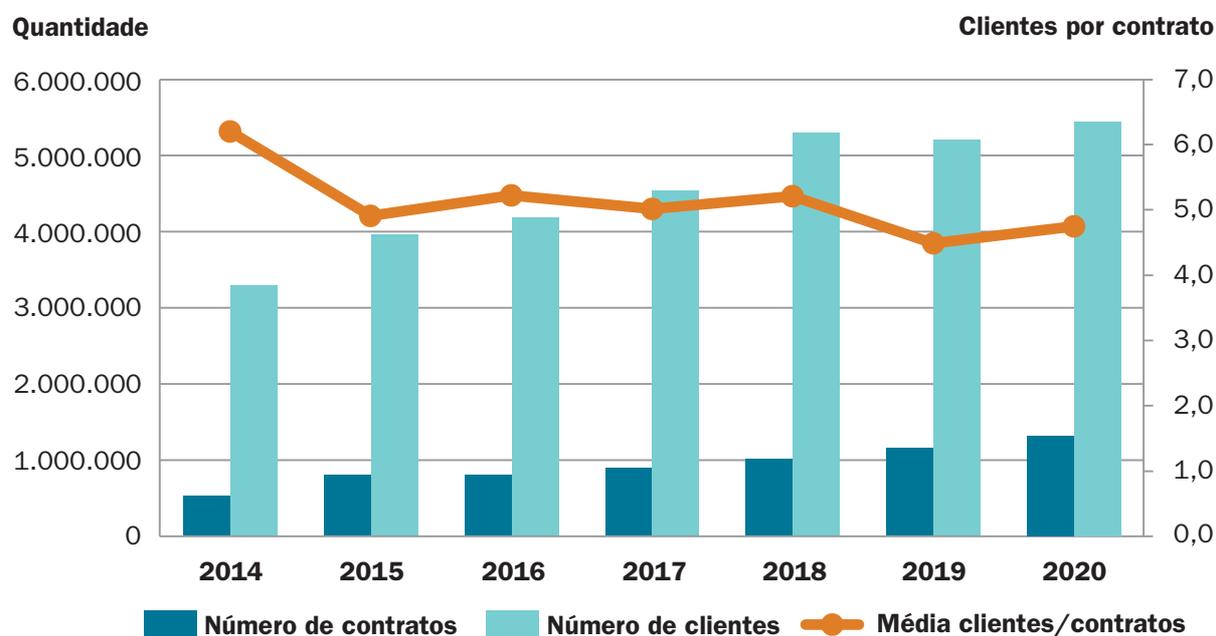
Distribuição do número de clientes de planos de saúde falsos coletivos, segundo contratos ativos e média de pessoas por contrato, de 2014 a 2020 – Brasil, 2021

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Clientes em contratos falsos coletivos	3.300.331	3.962.124	4.185.929	4.541.128	5.290.616	5.212.013	5.443.314
Contratos ativos	532.133	806.376	800.891	904.773	1.015.362	1.160.633	1.169.681
Média de clientes por contrato	6,20	4,91	5,23	5,02	5,21	4,49	4,65

Fonte: ANS. Elaboração: GEPS/DMP/FMUSP.

GRÁFICO 2

Evolução do número de clientes e de contratos de planos de saúde falsos coletivos, de 2014 a 2020 – Brasil, 2021



Fonte: ANS. Elaboração: GEPS/DMP/FMUSP.

Reajustes excessivos

Entre maio de 2019 e abril de 2020, os planos de saúde falsos coletivos sofreram reajustes anuais de, em média, 12,94% no valor da mensalidade, percentual significativamente superior aos 7,35% definidos pela ANS como o teto para o reajuste de planos individuais e familiares no mesmo período (Tabela 3). Se comparados ao Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, tanto o reajuste dos falsos coletivos quanto dos individuais cresceu sempre acima da inflação. Isso ocorre mesmo quando se considera, ao invés do IPCA usualmente utilizado, o IPCA calculado especificamente para produtos e serviços de saúde. No último ano (até abril de 2020), enquanto o IPCA aumentou em 1,88%, os planos falsos coletivos foram reajustados, em média, em 12,94%. De maio de 2020 até abril de 2021, o reajuste dos planos individuais definido pela ANS foi de 8,14%.

TABELA 3

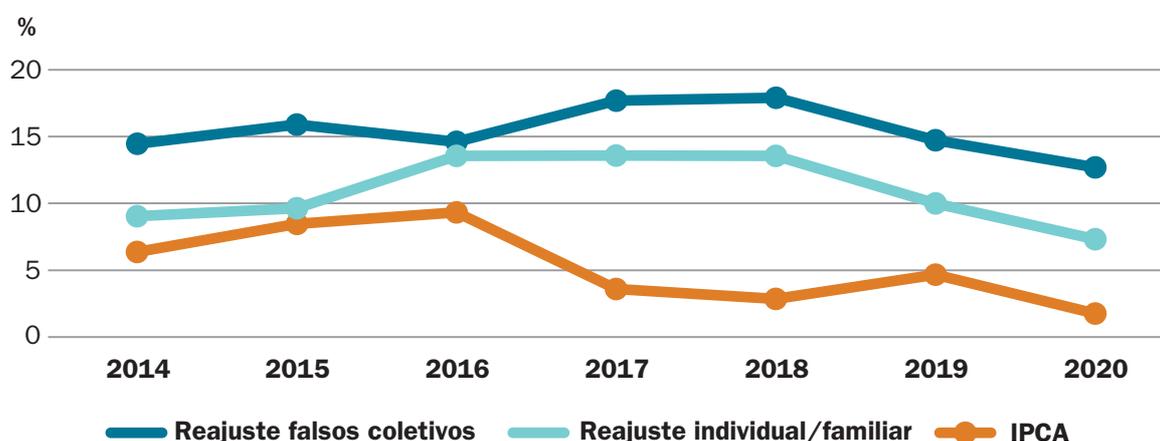
Percentuais de reajustes dos planos de saúde individuais e falsos coletivos, de 2014 a 2020, comparados à evolução do IPCA – Brasil, 2021

Índice anual (%)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Reajuste aplicado aos falsos coletivos*	14,46	15,91	14,62	17,68	17,91	14,74	12,94
Teto de reajuste de planos individuais**	9,04	9,65	13,55	13,57	13,55	10,00	7,35
IPCA***	6,37	8,47	9,32	3,60	2,86	4,66	1,88

* Reajuste médio ponderado pelo número de clientes afetados. ** Teto da ANS para planos individuais válido entre maio do ano anterior a maio do ano de referência. *** Acumulado de 12 meses em maio do ano de referência. Fontes: ANS e IBGE. Elaboração: GEPS/DMP/FMUSP.

GRÁFICO 3

Evolução dos reajustes de planos de saúde falsos coletivos, de 2014-2020, comparados ao IPCA e ao reajuste da ANS para planos individuais – Brasil, 2021



Fontes: ANS e IBGE. Elaboração: GEPS/DMP/FMUSP.

Em todos os anos, de 2014 a 2020, a média dos reajustes aplicados aos planos falsos coletivos foi superior ao teto de reajuste permitido para os planos individuais (Gráfico 3). Trata-se de uma tendência consolidada no período analisado.

Dentre os 5,44 milhões de clientes de planos falsos coletivos, 5,18 milhões (95,3%) tiveram seus planos reajustados em percentuais superiores ao teto da ANS para os planos individuais. Esse percentual saltou de 80,1% em 2014 para 95,3% em 2020 (Tabela 4). Ou seja, ao longo dos anos, cada vez mais pessoas que adquiriram planos falsos coletivos passaram a sofrer reajustes superiores aos dos planos individuais

TABELA 4

Distribuição de clientes de planos de saúde, de 2014 a 2018, segundo percentuais de reajustes comparados ao IPCA e ao teto da ANS para planos individuais – Brasil, 2021

Beneficiários (em milhares)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Acima do IPCA e do Teto da ANS	2.642	3.327	2.977	3.585	4.443	4.496	5.185
Acima do IPCA	565	347	829	951	848	526	254
Abaixo do IPCA	93	288	380	5	0	191	5
Total	3.300	3.962	4.186	4.541	5.291	5.212	5.443
Participação no total (%)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Acima do IPCA e do Teto da ANS	80,1	84,0	71,1	79,0	84,0	86,3	95,3
Acima do IPCA	17,1	8,8	19,8	20,9	16,0	10,1	4,7
Abaixo do IPCA	2,8	7,3	9,1	0,1	0,0	3,7	0,1
Total	100,0						

Fontes: ANS e IBGE. Elaboração: GEPS/DMP/FMUSP.

Ao analisar as 10 operadoras que têm os maiores números de clientes em planos falsos coletivos, verifica-se que todas elas reajustaram esse grupo de contratos em percentual superior ao teto da ANS, de 7,35%, para os planos individuais (Tabela 5). Algumas aplicaram reajuste mais alto que 12,94%, que é foi a média do mercado para os falsos coletivos. Destacam-se, nesse grupo de 10 empresas, o reajuste, em percentuais aproximados, aplicado pela Amil (18%), Notredame (16%) e Sulamerica (15%). Não elencadas no quadro, outras operadoras reajustaram em mais de 20% o valor das mensalidades de falsos coletivos, como por exemplo a Unimed Planalto (46,4%), Unimed Caratinga (42,0%), Jardim América Saúde (30,5%), Unimed Alto Uruguai (21,9%),

Unimed Extremo Oeste Catarinense (21,3%), Unimed Birigui (21,2%), Operadora Unieste (21,1%), Unimed Norte Nordeste (20,8%), Operadora Unicentral (20,7%), Unimed Planalto Médio (20,6%) e Unimed Registro (20,4%).

TABELA 5

Reajustes em planos de saúde falsos coletivos, segundo 10 operadoras selecionadas – Brasil, 2021

Operadora	Reajuste aplicado aos falsos coletivos (%)	Clientes em falsos coletivos	% do total de clientes da operadora	Média de clientes por contrato	Reajuste acima do teto da ANS (p.p.)
Bradesco Saúde S.A.	13,18	890.193	26,7%	5,1	+ 5,8
Amil Assistência Médica Internacional S.A.	17,98	646.807	22,3%	3,5	+ 10,6
Sul America Companhia de Seguro Saúde	14,86	589.247	32,8%	4,2	+ 7,5
Notre Dame Intermédica Saúde S.A.	15,97	357.524	11,8%	4,1	+ 8,6
Hapvida Assistencia Medica Ltda.	11,40	154.303	6,4%	3,1	+ 4,1
Unimed - Belo Horizonte	10,00	153.504	12,3%	5,8	+ 2,7
Vision Med (antiga Golden Cross)	14,85	65.707	35,0%	3,5	+ 7,5
Unimed - Campinas	12,00	64.847	12,2%	5,1	+ 4,7
Unimed - Porto Alegre	11,30	64.054	10,9%	6,5	+ 4,0
Porto Seguro	12,85	62.844	23,9%	27,2	+ 5,5

Fontes: ANS e IBGE. Elaboração: GEPS/DMP/FMUSP.

Como funciona o reajuste dos “falsos coletivos”

Os planos chamados de falsos coletivos nesta publicação são tecnicamente denominados pela ANS de “contrato coletivo com menos de 30 beneficiários”. A ANS determinou que as operadoras devem agrupar todos os contratos com menos de 30 pessoas e aplicar um único percentual de reajuste para todo o grupo. O reajuste é anual, aplicado na data do aniversário do contrato e deve ser divulgado pelas operadoras e pela ANS em seus respectivos sítios eletrônicos

Segundo a ANS, a regra foi estabelecida para “proteger os beneficiários de contratos com número reduzido de pessoas”, devido à sua “menor capacidade de negociação junto às operadoras”². Contudo, no sentido contrário desta afirmação, a regra não limita

² Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/sala-de-noticias-ans/consumidor/2151-nota-de-esclarecimento-sobreplanos-coletivos>. Acesso em 16 jan 2021.

os índices de reajuste aplicáveis (o que também se vê pelos altos índices de reajuste revelados neste boletim) e tampouco prevê obrigatoriedade de negociação com os beneficiários compreendidos nos agrupamentos de contratos.

Além do reajuste dos planos falsos coletivos, a seguir são elencadas outras possibilidades, situações e tipos de reajustes em planos de saúde.

REAJUSTES DE PLANOS DE SAÚDE

Reajustes acumulados em função da pandemia

Afeta quantas pessoas: Número não divulgado pela ANS

Como é reajustado: Durante o ano de 2020, em plena pandemia de Covid-19, a ANS ignorou movimentos e iniciativas, inclusive do Congresso Nacional³ para que não fossem aplicados reajustes aos planos de saúde. Tardamente, a Agência optou pela regra de suspensão provisória das cobranças, de setembro a dezembro de 2020, dos reajustes anuais e por faixa etária referentes àquele ano para planos de saúde individuais/familiares, coletivos por adesão e empresariais com menos de 30 vidas. Para os planos empresariais com mais de 30 vidas, em que o reajuste anual já havia sido negociado, ou nos quais a empresa contratante optou pela não suspensão, os valores foram mantidos, e para aqueles em que ainda não havia acontecido negociação, o reajuste foi igualmente suspenso até o ano seguinte. Ou seja, a ANS autorizou a cobrança retroativa e cumulativa com os reajustes de mensalidades a serem aplicados em 2021.

Reajustes dos planos individuais e familiares

Afeta quantas pessoas: 9 milhões

Como é reajustado: A ANS define anualmente qual é o percentual máximo que poderá ser aplicado nas mensalidades. Para os planos de saúde individuais ou familiares com aniversário no período de maio de 2020 a abril de 2021, o índice definido foi de 8,14%. Isso corresponde praticamente ao dobro da inflação medida pelo IBGE, que fechou o ano de 2019 em 4,66%.

³ Projetos de Lei nº 2.230/2020, 2.137/2020, 2.012/2020, 1.443/2020 e 1.070/2020 da Câmara dos Deputados e Projeto de Lei nº 5.526/2020 do Senado Federal.

Em 2021, em função de suspensão provisória de reajustes entre setembro e dezembro em 2020, o aumento poderá ser cobrado retroativamente ao longo do ano.

A metodologia de cálculo do último reajuste dos planos individuais, segundo a ANS, “combina o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), retirando-se deste último o subitem Plano de Saúde.”⁴

Do total de 47.036.166 clientes de planos de saúde em setembro de 2020, menos de 20% (9.010.892 pessoas) estavam nos contratos individuais/familiares. Para fugir do teto anual de reajuste, muitas operadoras deixaram de vender planos individuais, substituindo-os no mercado pelos planos falsos coletivos e pelos planos de adesão, sobre os quais a regulação setorial permite que sejam aplicados reajustes anuais mais elevados.

Além dos reajustes anuais definidos pela ANS, os clientes de planos individuais e familiares também sofrem reajustes por mudança de faixa etária.

Reajustes dos planos coletivos em geral

Os planos coletivos podem ser empresariais ou por adesão. O contrato coletivo empresarial é aquele firmado por meio de um grupo determinado de pessoas no âmbito de uma pessoa jurídica, podendo abarcar seus sócios, funcionários e/ou estatutários. Já os planos coletivos por adesão são contratados por entidades sindicais ou associativas, de caráter profissional, classista ou setorial. Em tese, somente deveria aderir a esse tipo de plano quem têm vínculo com sua respectiva entidade representativa.

A Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98) não condicionou os reajustes dos planos coletivos aos critérios de aprovação da ANS, determinando apenas que o valor da mensalidade do plano de saúde e os critérios para seu reajuste devem estar previstos no contrato. Por isso, além dos reajustes por mudança de faixa etária, quem está vinculado a um plano de saúde por meio de contratos coletivos sofre, anualmente, um outro aumento que é composto pelo reajuste financeiro (em função da alegada inflação médica) e pelo reajuste por sinistralidade (em função da maior utilização), conforme cálculo realizado pela própria operadora.

⁴ < <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/5080-ans-limita-em-o-reajuste-de-planos-de-saude-individuais-ou-familiares>>.

O reajuste financeiro consiste na variação do custo médico-hospitalar apurado pela operadora. Já o chamado reajuste por sinistralidade, geralmente previsto no contrato, é o aumento aplicado sempre que a despesa anual que a empresa de plano de saúde tiver com o grupo de contratantes em questão (devido à maior necessidade de saúde e maior utilização – de exames, tratamentos, internações etc – de um ou mais integrantes do plano coletivo) ultrapassar determinado percentual da receita da operadora no mesmo período.

Os cálculos realizados pelas operadoras para apurar a sinistralidade não são compartilhados de forma transparente com os beneficiários, abrindo a possibilidade para que operadoras reajustem os planos coletivos em percentual ilimitado, com a justificativa de que precisam garantir o equilíbrio das despesas desses contratos, mantendo suas altas margens de lucro e eliminando riscos que deveriam ser inerentes à atividade prestada.

A composição do grupo de beneficiários e a forma de apuração do reajuste pode variar conforme o tipo de plano coletivo e segundo outros fatores descritos a seguir:

Reajuste dos planos coletivos empresariais

Afeta quantas pessoas: 26,3 milhões

Como é reajustado: Nos planos de saúde coletivos contratados por empresas (pessoas jurídicas) para grupos maiores de pessoas (acima de 29 pessoas), a fórmula de reajuste pode ser livremente negociada entre as partes e o estabelecida nos contratos. Não há qualquer controle pela ANS dos percentuais de reajuste praticados nos planos empresariais sob esta modalidade. Embora os percentuais impostos pelos planos de saúde devam ser informados à ANS por cada operadora a cada trimestre (Art. 2º da IN nº 13/2006), a agência não torna pública essas informações.

Em função dos altos reajustes, muitas empresas têm deixado de oferecer planos para seus empregados ou passaram a contratar planos de menor preço, pior qualidade e menor cobertura.

Reajuste dos planos coletivos por adesão

Afeta quantas pessoas: 6,53 milhões

Como é reajustado: O plano coletivo por adesão exige, em tese, vínculo do beneficiário com uma associação profissional, entidade de classe ou sindicato. A cobrança da mensalidade é feita diretamente ao consumidor pela Pessoa Jurídica contratante ou

por uma Administradora de Benefícios, a exemplo da Qualicorp. Os reajustes incidentes sobre esses tipos de plano tampouco são controlados pela ANS, podendo ser livremente negociados pelas partes e estabelecidos.

Apesar de não exercer controle ou fiscalização sobre os reajustes dos planos coletivos por adesão, a ANS constatou que o poder de negociação dos sindicatos e entidades de classe é relativo, ao afirmar, em Nota Técnica⁵, que:

“(...) Para o mercado de planos coletivos por adesão se verifica, em média, a ocorrência de reajustes maiores para contratos com maior número de beneficiários, revelando a ineficácia da regra de agrupamento de contratos (Pool de Risco) para essa modalidade”

“(...) A maior concentração de beneficiários e o maior percentual de reajuste médio em planos coletivos por adesão acontece na faixa de contratos com mais de 10.000 vidas, contrariando a ideia de que as pessoas jurídicas contratantes possuem maior poder de barganha em contratos com grande número de vidas”.

Assim como nos planos coletivos empresariais com mais de 30 pessoas, para os planos coletivos por adesão, as operadoras devem comunicar à ANS em até 30 dias após a aplicação do reajuste deliberado. Esses valores tampouco são tornados públicos pela Agência.

Além disso, existe uma parte de planos coletivos contratados por “adesão dissimulada”, em que é sugerido ao indivíduo a afiliação em associações ou sindicatos para fins de contratação, sem informar os consumidores sobre as implicações desta escolha. Da mesma forma que os “falsos coletivos”, trata-se de uma artimanha do mercado que deixou de ofertar planos individuais.

Reajustes de plano de saúde para aposentados e demitidos

Afeta quantas pessoas: Número não divulgado pela ANS

Como é reajustado: O aposentado ou o ex-empregado, exonerado ou demitido sem justa causa, beneficiário de plano coletivo decorrente de vínculo empregatício, tem o direito de manter-se no mesmo plano de saúde, desde que tenha contribuído mensalmente com parte do pagamento do plano de saúde enquanto na ativa. Não há

⁵ Nota Técnica ANS N° 2013/2017/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO

direito ao plano de saúde se o empregador pagava integralmente o plano ou se o plano funcionava no regime de coparticipação ou franquia.

Apesar disso, a ANS segregou esse grupo, permitindo que as empresas, para manter ex-funcionários e aposentados, contratem um plano diferente daquele contratado para os empregados na ativa, gerando assim distorções no cálculo de sinistralidade. A partir disso, a negociação do aumento passou a ser baseada apenas no universo de ex-contratados, causando assim um aumento excessivo na sinistralidade e fazendo com que os reajustes tornem a permanência no plano praticamente inviável, levando subsequentemente à grande judicialização desses reajustes. Os percentuais de reajustes de planos de aposentados e demitidos não são divulgados pela ANS. O STJ proibiu a segregação de carteiras com cobranças diferenciadas, mas a norma da ANS ainda está vigente.

Reajustes sobrepostos: reajuste anual + reajuste por idade

Afeta quantas pessoas: 47 milhões (toda a população que tem planos de saúde)

Como é reajustado: Além dos reajustes anuais aplicados no aniversário do contrato, que variam conforme o tipo de plano, a lei permite que os planos de saúde também aumentem a mensalidade a cada vez que os beneficiários mudam de faixa etária. Esta modalidade de reajuste ocorre em todos os tipos de planos.

As faixas etárias para fins de reajuste variam conforme a data de contratação do plano. Pelas regras atuais, existem dez faixas etárias. O valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). Além disso, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Mesmo assim, as operadoras reservam os maiores reajustes para as últimas faixas etárias, sendo comum maiores percentuais de reajuste a partir das faixas de 49 a 53 anos; 54 a 58 anos e 59 anos ou mais. Como esses aumentos se sobrepõem ao aumento anual, o pagamento do plano de saúde torna-se impraticável para grande número de pessoas, mesmo antes dos 60 anos, motivo pelo qual tais reajustes podem ser qualificados como “expulsivos”.

GEPS

Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde e Interações Público-Privadas

Departamento de Medicina Preventiva

Faculdade de Medicina – USP

<http://sites.usp.br/geps/>

Coordenador

Prof. Mário Scheffer (DMP-FMUSP)

Pesquisadores

Caio Henrique Sampaio Fernandes

Joana Cruz

Juliana Kozan

Leon Lima

Lucas Andrietta

Marina de Almeida Magalhães

Rafael Robba