

(PAPEL TIMBRADO DA OPERADORA)

Anexos Resolução Normativa RN nº 36

Anexo I – Solicitação de Reajuste - RN nº 36

À ANS

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS - DIPRO
SOLICITAÇÃO DE REAJUSTE

A operadora ____ (RAZÃO SOCIAL DA OPERADORA) ____, inscrita sob CNPJ nº ____ (CNPJ) ____, Registro Provisório na ANS nº ____ (REGISTRO) ____, vem solicitar à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, autorização para aplicação de reajuste da contraprestação pecuniária para seus planos descritos no art. 2º da RN nº 36, de ____%, no período compreendido entre os meses ____ (MÊS/ANO) ____ e ____ (MÊS/ANO) ____.

Conforme o informado no cadastro de beneficiários, referente ao mês estabelecido no § 1º do art. 4º da RN nº 36 a operadora possui o total de ____ (nº DE BENEFICIÁRIOS TOTAL) ____ beneficiários, sendo que ____ (nº DE BENEFICIÁRIOS EM CONTRATOS INDIVIDUAL/FAMILIAR) ____ beneficiários em contratos individuais e familiares e ____ (nº DE BENEFICIÁRIOS COLETIVO) ____ beneficiários em planos coletivos.

Declaro que as informações referentes aos anexos descritos nos incisos de “I” a “V” do art. 4º da RN nº 36, conforme enquadramento da operadora, estarão disponíveis pelo período de 5 (cinco) anos para possível solicitação da ANS.

Declaro ainda que a Taxa por Pedido de Reajuste de Contraprestação Pecuniária (TRC) foi recolhida através do Documento Único de Arrecadação de Receitas da ANS – DANS nº _____, conforme determina a RN nº 07, de 15 de maio de 2002, observando os descontos e procedimentos estabelecidos na Lei nº 9.961/00, de 28 de janeiro de 2000.

Seguem, em anexo, os documentos abaixo relacionados:

1. termo de responsabilidade assinado pelo representante legal e pelo contador da operadora no qual é atestado que todas as informações relativas aos anexos são verdadeiras;
2. relatório de auditoria assinado por auditor independente em cumprimento ao disposto no § 2º do art. 4º da RN nº 36;

(Cidade), (Data)

____ Assinatura do responsável legal da Operadora ____
Nome do Responsável Legal da Operadora perante a ANS
(Cargo)

(PAPEL TIMBRADO DA OPERADORA)

Anexo II – Termo de Responsabilidade – RN nº 36

À ANS

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS – DIPRO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

A operadora ____(*RAZÃO SOCIAL DA OPERADORA*)____, inscrita sob CNPJ nº ____(*CNPJ*)____, Registro Provisório na ANS nº ____(*REGISTRO*)____, declara serem verdadeiras todas as informações relativas aos anexos descritos nos incisos de “I” a “V”, do art. 4º da RN nº 36, conforme enquadramento da operadora, e assume a responsabilidade pelos dados e por eventuais incorreções que comprometam a autorização do Reajuste em tempo hábil.

Assinam conjuntamente a presente Declaração o responsável legal da operadora perante a ANS e o profissional responsável pela contabilidade da operadora.

(*Cidade*), (*Data*)

Assinatura

Nome do Responsável Legal da Operadora
perante a ANS
(Cargo)

Assinatura

Nome do Contador da Operadora
(nº Registro CRC/CVM)

Anexo III – Informações de operadoras com até 100.000 beneficiários que operam planos de assistência médica-hospitalar com ou sem assistência odontológica

A – PLANILHA

Período de
Análise: mês/ano a mês/ano
(Atual)

	Nº de Beneficiários	Total de Despesa Assistencial	Recuperação de Indenização da Despesa Assistencial
TOTAL			

Período de
Análise: mês/ano a mês/ano
(Anterior)

	Nº de Beneficiários	Total de Despesa Assistencial	Recuperação de Indenização da Despesa Assistencial
TOTAL			

Anexo III

OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICA-HOSPITALAR COM OU SEM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

B - Glossário das informações a serem preenchidas por operadoras com até 100.000 beneficiários que operam planos de assistência médica-hospitalar com ou sem assistência odontológica

1- Período de Análise

Os Anexos deverão ser preenchidos com informações relativas a dois períodos de 12 (doze) meses.

O Período de Análise Anterior refere-se aos 12 meses anteriores ao Período de Análise Atual no qual a operadora informa o comportamento de suas receitas e despesas.

O Período de Análise Atual corresponde aos últimos 12 meses utilizados como base para solicitação de reajuste.

2- Número de Beneficiários

É o número de beneficiários do total dos planos mantidos pela operadora. É medido pelo somatório do número de beneficiários existentes no último dia útil de cada mês do período de análise, dividido pelo número de meses existentes no período de análise, conforme fórmula abaixo:

$$\text{Número de beneficiários} = (\text{n.º de beneficiários no último dia útil do primeiro mês do período de análise} + \text{n.º de beneficiários no último dia útil do segundo mês do período de análise} + \dots + \text{n.º de beneficiários no último dia útil do último mês do período de análise}) / (\text{n.º de meses do período de análise})$$

3- Total de Despesa Assistencial

É o gasto total da operadora com a despesa assistencial, descontados os valores de glosas e expresso em Reais.

4- Recuperação de Indenização da Despesa Assistencial

Valor total de Recuperação de Indenização de: Co-participação, Seguros, Resseguro e Co-Seguro, onde aplicável, expresso em Reais.

Entende-se como recuperação de Indenização de Co-participação o valor, expresso em Reais, proveniente de outros pagamentos realizados pelos beneficiários à operadora, a título de Recuperação de Indenização de Co-participação.

Entende-se como recuperação de Indenização de Seguros, Resseguro e Co-Seguro o valor, expresso em Reais, proveniente de Recuperação de Indenização de Despesas Seguradas Resseguradas e/ou Co-seguradas.

Anexo IV - Informações de operadoras com mais de 100.000 beneficiários que operam planos de assistência médica-hospitalar com ou sem assistência odontológica

A - PLANILHA – CARTEIRA DE PRODUTOS INDIVIDUAIS E FAMILIARES

Período de

Análise: mês/ano a mês/ano
(Atual)

Item de Despesa	Nº de Expostos	Nº de Beneficiários	Nº de Eventos	Total de Despesa	Recuperação de indenização de Despesa Assistencial
1. Atendimentos Ambulatoriais					
2. Exames Complementares					
3. Terapias					
4. Internações					
5. Consultas Médicas					
6. Demais Despesas Assistenciais					
7. Despesas não Assistenciais					
TOTAL					

Período de

Análise: mês/ano a mês/ano
(Anterior)

Item de Despesa	Nº de Expostos	Nº de Beneficiários	Nº de Eventos	Total de Despesa	Recuperação de Indenização de Despesa Assistencial
1. Atendimentos Ambulatoriais					
2. Exames Complementares					
3. Terapias					
4. Internações					
5. Consultas Médicas					
6. Demais Despesas Assistenciais					
7. Despesas não Assistenciais					
TOTAL					

Anexo IV - Informações de operadoras com mais de 100.000 beneficiários que operam planos de assistência médica-hospitalar com ou sem assistência odontológica

B - PLANILHA PARA CARTEIRA DE PRODUTOS COLETIVOS SEM PATROCINADOR

Período de
Análise: mês/ano a mês/ano
(Atual)

Item de Despesa	Nº de Expostos	Nº de Beneficiários	Nº de Eventos	Total de Despesa	Recuperação de Indenização de Despesa Assistencial
1. atendimentos Ambulatoriais					
2. Exames Complementares					
3. Terapias					
4. Internações					
5. Consultas Médicas					
6. Demais Despesas Assistenciais					
7. Despesas não Assistenciais					
TOTAL					

Período de
Análise: mês/ano a mês/ano
(Anterior)

Item de Despesa	Nº de Expostos	Nº de Beneficiários	Nº de Eventos	Total de Despesa	Recuperação de Indenização de Despesa Assistencial
1. atendimentos Ambulatoriais					
2. Exames Complementares					
3. Terapias					
4. Internações					
5. Consultas Médicas					
6. Demais Despesas Assistenciais					
7. Despesas não Assistenciais					
TOTAL					

Anexo IV - Informações de operadoras com mais de 100.000 beneficiários que operam planos de assistência médica-hospitalar com ou sem assistência odontológica

C - PLANILHA PARA CARTEIRA DE PRODUTOS COLETIVOS COM PATROCINADOR

Período de
Análise: mês/ano a mês/ano
(Atual)

Item de Despesa	Nº de Expostos	Nº de Beneficiários	Nº de Eventos	Total de Despesa	Recuperação de Indenização de Despesa Assistencial
1. atendimentos Ambulatoriais					
2. Exames Complementares					
3. Terapias					
4. Internações					
5. Consultas Médicas					
6. Demais Despesas Assistenciais					
7. Despesas não Assistenciais					
TOTAL					

Período de
Análise: mês/ano a mês/ano
(Anterior)

Item de Despesa	Nº de Expostos	Nº de Beneficiários	Nº de Eventos	Total de Despesa	Recuperação de Indenização de Despesa Assistencial
1. atendimentos Ambulatoriais					
2. Exames Complementares					
3. Terapias					
4. Internações					
5. Consultas Médicas					
6. Demais Despesas Assistenciais					
7. Despesas não Assistenciais					
TOTAL					

Anexo IV
OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MÉDICA-HOSPITALAR COM
OU SEM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

D - Glossário das informações a serem preenchidas por operadoras com mais de 100.000 beneficiários que operam planos de assistência médica-hospitalar com ou sem assistência odontológica

1- Período de Análise

Os Anexos deverão ser preenchidos com informações relativas a dois períodos de 12 (doze) meses.

O Período de Análise Anterior refere-se aos 12 meses anterior ao Período de Análise Atual no qual a operadora informa o comportamento de suas receitas e despesas.

O Período de Análise Atual corresponde aos últimos 12 meses utilizados como base para solicitação de reajuste.

2- Item de Despesa

Item de despesa é um subconjunto das despesas da operadora. Todas as despesas assistenciais da operadora deverão estar incluídas nos itens constantes deste anexo. As despesas assistenciais da operadora não deverão ser informadas em mais de um item, de forma a se evitar dupla contagem destas despesas. Caso a operadora negocie suas despesas assistenciais com os prestadores de serviço mediante "pacotes de procedimentos" ou "capitation", todas as despesas que compõem os referidos "pacotes" ou "capitation" deverão ser distribuídas nos itens de despesa assistencial estabelecidos neste anexo.

Os itens de despesas deverão ser informados de acordo com as descrições definidas abaixo:

2.1. atendimentos Ambulatoriais

Atendimentos/despesas com procedimentos realizados em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, taxas e gases eventualmente utilizados na execução dos procedimentos.

2.2. Exames Complementares

Atendimentos/despesas com exames complementares ao diagnóstico realizados em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos exames.

2.3. Terapias

Atendimentos/despesas terapêuticos realizados em regime ambulatorial, referentes aos seguintes procedimentos: hemoterapia, radioterapia, quimioterapia e terapia renal substitutiva (CAPD e hemodiálise), realizadas em regime ambulatorial, excluindo as realizadas durante internação, incluindo materiais, medicamentos, honorários médicos e taxas relacionadas à execução dos procedimentos. As demais terapias deverão ser incluídas no item 2.6 – Demais despesas assistenciais.

2.4. Internações

Atendimentos realizados em regime hospitalar. Nos itens total de despesas e recuperação de indenização de despesa assistencial, considerar as despesas com hotelaria, gases medicinais, materiais, medicamentos, taxas, honorários, terapias e exames ocorridos durante a internação, em enfermaria, quarto e unidades de terapia intensiva ou semi-intensiva.

2.5. Consultas Médicas

Atendimento realizado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, realizado em regime ambulatorial, em caráter eletivo, urgência ou emergência em que a despesa seja restrita ao ato médico da consulta.

2.6. Demais Despesas Assistenciais

Atendimentos/despesas assistenciais não classificados nos itens de: atendimentos ambulatoriais, exames complementares, terapias, internações e consultas médicas.

2.7. Despesas não Assistenciais

Demais despesas da operadora não relacionadas à prestação da assistência direta ao beneficiário e não classificadas nos itens 2.1 a 2.6.

3- Número de Expostos

É o valor resultante do somatório de todos os dias de exposição em que cada um dos usuários do plano teve o direito de usufruir dos serviços de assistência à saúde, calculado para cada item de despesa assistencial, durante o período de análise, dividido pelo número de dias do período de análise, conforme ilustra a fórmula a seguir:

$$\text{Número de expostos} = (\text{n.º dias de exposição do usuário 1 durante o período de análise} + \text{n.º dias de exposição do usuário 2 durante o período de análise} + \dots + \text{n.º dias de exposição do usuário "n" durante o período de análise}) / (\text{n.º dias do período de análise})$$

Alternativamente, o número de expostos pode ser calculado como o somatório do número de usuários expostos existentes em cada um dos dias do período de análise, dividido pelo número de dias do período de análise. Este cálculo é exemplificado pela fórmula a seguir:

$$\text{N.º de Expostos} = (\text{n.º de expostos no primeiro dia do período de análise} + \dots + \text{n.º de expostos no último dia do período de análise}) / \text{n.º de dias do período de análise.}$$

3.1. Dias de Exposição

É o número de dias, durante o período de análise, no qual o usuário teve o direito de usufruir do serviço de assistência à saúde, calculado individualmente para cada item de despesa. Deve ser observado que o usuário que estiver cumprindo carência deverá ser excluído do cálculo de exposição do item de despesa, pois não estará tendo o direito de usufruir do serviço.

3.2. Exposto

É definido como o usuário que tem o direito de usufruir da assistência à saúde no item de despesa assistencial em questão, durante o período de análise.

Por exemplo: um usuário que tem o direito a consultas médicas é um exposto para o item de despesa assistencial Consultas Médicas, podendo não ser um exposto para o item de despesa Exames Complementares, se não houver cumprido o período de carência estabelecido para exames complementares.

Caso haja procedimentos com prazos de carência diferentes dentro de um mesmo item de despesa, adotar para o item o maior prazo de carência entre os procedimentos. Por exemplo, para o item de despesa "exames complementares", caso haja prazos de carência diferentes para os diversos exames complementares, deverá ser adotado como prazo de carência deste item o maior prazo que houver entre estes exames. No caso de internações considerar a maior carência exceto parto, quando este procedimento tiver período de carência superior ao das demais internações.

4- Número de Beneficiários

É o número de beneficiários do total dos planos mantidos pela operadora. É medido pelo somatório do número de beneficiários existentes no último dia útil de cada mês do período de análise, dividido pelo número de meses existentes no período de análise, conforme fórmula abaixo:

$$\text{Número de beneficiários} = (\text{n.º de beneficiários no último dia útil do primeiro mês do período de análise} + \text{n.º de beneficiários no último dia útil do segundo mês do período de análise} + \dots + \text{n.º de beneficiários no último dia útil do último mês do período de análise}) / (\text{n.º de meses do período de análise})$$

5 - Número de Eventos

É o somatório das ocorrências de cada item de despesa assistencial realizada no período.

6- Total de Despesa

É o gasto total da operadora nos itens de despesas assistenciais e não assistenciais definidos, descontados os valores de glosas e expresso em Reais.

7- Recuperação de Indenização de Despesa Assistencial

Valor total de Recuperação de Indenização de: Co-participação, Seguros, Resseguro e Co-Seguro, onde aplicável, expresso em Reais.

Entende-se como Recuperação de Indenização de Co-participação o valor, expresso em Reais, proveniente de outros pagamentos realizados pelos beneficiários à operadora, a título de Recuperação de Indenização de Co-participação.

Entende-se como Recuperação de Indenização de Seguros, Resseguro e Co-Seguro o valor, expresso em Reais, proveniente de Recuperação de Indenização de Despesas Seguradas, Resseguradas e/ou Co-seguradas.

Anexo V - Informações de operadoras com até 20.000 beneficiários que comercializam planos de assistência exclusivamente odontológica

A – PLANILHA

Período de

Análise: mês/ano a mês/ano
(Atual)

	Nº de Beneficiários	Total de Despesa Assistencial	Recuperação de Indenização da Despesa Assistencial
TOTAL			

Período de

Análise:
(Anterior) mês/ano a mês/ano

	Nº de Beneficiários	Total de Despesa Assistencial	Recuperação de Indenização da Despesa Assistencial
TOTAL			

Anexo V
OPERADORAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - EXCLUSIVAMENTE PLANOS
ODONTOLÓGICOS

B - Glossário das informações a serem preenchidas por operadoras com até 20.000 beneficiários que comercializam planos de assistência exclusivamente odontológica

1- Período de Análise

Os Anexos deverão ser preenchidos com informações relativas a dois períodos de 12 (doze) meses.

O Período de Análise Anterior refere-se aos 12 meses anterior ao Período de Análise Atual no qual a operadora informa o comportamento de suas receitas e despesas.

O Período de Análise Atual corresponde aos últimos 12 meses utilizados como base para solicitação de reajuste.

2- Número de Beneficiários

É o número de beneficiários do total dos planos mantidos pela operadora. É medido pelo somatório do número de beneficiários existentes no último dia útil de cada mês do período de análise, dividido pelo número de meses existentes no período de análise, conforme fórmula abaixo:

$$\text{Número de beneficiários} = (\text{n.º de beneficiários no último dia útil do primeiro mês do período de análise} + \text{n.º de beneficiários no último dia útil do segundo mês do período de análise} + \dots + \text{n.º de beneficiários no último dia útil do último mês do período de análise}) / (\text{n.º de meses do período de análise})$$

3- Total de Despesa Assistencial

É o gasto total da operadora com a despesa assistencial, descontados os valores de glosas e expresso em Reais.

4- Recuperação de Indenização da Despesa Assistencial

Valor total de Recuperação de Indenização de: Co-participação, Seguros, Resseguro e Co-Seguro, onde aplicável, expresso em Reais.

Entende-se como recuperação de Indenização de Co-participação o valor, expresso em Reais, proveniente de outros pagamentos realizados pelos beneficiários à operadora, a título de Recuperação de Indenização de Co-participação.

Entende-se como Recuperação de Indenização de Seguros, Resseguro e Co-Seguro o valor, expresso em Reais, proveniente de Recuperação de Indenização de Despesas Seguradas, Resseguradas e/ou Co-seguradas.

Anexo VI - Informações de operadoras com mais de 20.000 beneficiários que comercializam planos de assistência exclusivamente odontológica

A - PLANILHA PARA CARTEIRA DE PRODUTOS INDIVIDUAIS E FAMILIARES

Período de

Análise: mês/ano a mês/ano
(Atual)

Item de Despesa	Nº de Expostos	Nº de Beneficiários	Nº de Eventos	Total de Despesa	Recuperação de Indenização de Despesa Assistencial
1. Consultas Odontológicas					
2. Exames odontológicos complementares					
3. Procedimentos odontológicos preventivos					
4. Demais Procedimentos do rol odontológico					
5. Total de despesas Assistenciais Pertencentes ao rol					
6. Outros procedimentos não Pertencentes ao rol odontológico					
7. Despesas não Assistenciais					
TOTAL					

Período de

Análise: mês/ano a mês/ano
(Anterior)

Item de Despesa	Nº de Expostos	Nº de Beneficiários	Nº de Eventos	Total de Despesa	Recuperação de Indenização de Despesa Assistencial
1. Consultas Odontológicas					
2. Exames odontológicos complementares					
3. Procedimentos odontológicos preventivos					
4. Demais Procedimentos do rol odontológico					
5. Total de Despesas Assistenciais Pertencentes ao rol					
6. Outros procedimentos não Pertencentes ao rol odontológico					
7. Despesas não Assistenciais					
TOTAL					

Anexo VI - Informações de operadoras com mais de 20.000 beneficiários que comercializam planos de assistência exclusivamente odontológica

B - PLANILHA PARA CARTEIRA DE PRODUTOS COLETIVOS SEM PATROCINADOR

Período de
Análise: mês/ano a mês/ano
(Atual)

Item de Despesa	Nº de Expostos	Nº de Beneficiários	Nº de Eventos	Total de Despesa	Recuperação de Indenização de Despesa Assistencial
1. Consultas Odontológicas					
2. Exames odontológicos complementares					
3. Procedimentos odontológicos preventivos					
4. Demais Procedimentos do rol odontológico					
5. Total de Despesas Assistenciais Pertencentes ao rol					
6. Outros procedimentos não Pertencentes ao rol odontológico					
7. Despesas não Assistenciais					
TOTAL					

Período de
Análise: mês/ano a mês/ano
(Anterior)

Item de Despesa	Nº de Expostos	Nº de Beneficiários	Nº de Eventos	Total de Despesa	Recuperação de Indenização de Despesa Assistencial
1. Consultas Odontológicas					
2. Exames odontológicos complementares					
3. Procedimentos odontológicos preventivos					
4. Demais Procedimentos do rol odontológico					
5. Total de Despesas Assistenciais Pertencentes ao rol					
6. Outras procedimentos não Pertencentes ao rol odontológico					
7. Despesas não Assistenciais					
TOTAL					

Anexo VI - Informações de operadoras com mais de 20.000 beneficiários que comercializam planos de assistência exclusivamente odontológica

C - PLANILHA PARA CARTEIRA DE PRODUTOS COLETIVOS COM PATROCINADOR

Período de
Análise: mês/ano a mês/ano
(Atual)

Item de Despesa	Nº de Expostos	Nº de Beneficiários	Nº de Eventos	Total de Despesa	Recuperação de Indenização de Despesa Assistencial
1. Consultas Odontológicas					
2. Exames odontológicos complementares					
3. Procedimentos odontológicos preventivos					
4. Demais Procedimentos do rol odontológico					
5. Total de Despesas Assistenciais Pertencentes ao Rol					
6. Outros procedimentos não Pertencentes ao rol odontológico					
7. Despesas não Assistenciais					
TOTAL					

Período de
Análise: mês/ano a mês/ano
(Anterior)

Item de Despesa	Nº de Expostos	Nº de Beneficiários	Nº de Eventos	Total de Despesa	Recuperação de Indenização de Despesa Assistencial
1. Consultas Odontológicas					
2. Exames odontológicos complementares					
3. Procedimentos odontológicos Preventivos					
4. Demais Procedimentos do rol odontológico					
5. Total de Despesas Assistenciais Pertencentes ao rol					
6. Outros procedimentos não Pertencentes ao Rol odontológico					
7. Despesas não Assistenciais					
TOTAL					

Anexo VI
OPERADORAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - EXCLUSIVAMENTE PLANOS
ODONTOLÓGICOS

D - Glossário das informações a serem preenchidas por operadoras com mais de 20.000 beneficiários que comercializam planos de assistência exclusivamente odontológica

1- Período de Análise

Os Anexos deverão ser preenchidos com informações relativas a dois períodos de 12 (doze) meses.

O Período de Análise Anterior refere-se aos 12 meses anterior ao Período de Análise Atual no qual a operadora informa o comportamento de suas receitas e despesas.

O Período de Análise Atual corresponde aos últimos 12 meses utilizados como base para solicitação de reajuste.

2- Item de Despesa

Item de despesa é um subconjunto das despesas da operadora. Todas as despesas assistenciais da operadora deverão estar incluídas nos itens constantes deste anexo. As despesas assistenciais da operadora não deverão ser informadas em mais de um item, de forma a se evitar dupla contagem destas despesas.

Os itens de despesas deverão ser informados de acordo com as descrições definidas abaixo:

2.1 Consultas Odontológicas

Atendimentos/despesas com honorários decorrentes de consultas odontológicas de caráter eletivo/pericial ou emergencial realizadas por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Odontologia.

Considera-se consulta odontológica/pericial aquela destinada a exames e diagnósticos para a elaboração e confirmação do plano de tratamento, incluindo, anamnese, preenchimento de ficha clínica odontológica, diagnóstico das doenças e anomalias bucais do paciente e prognóstico e confirmação de tratamento. Consulta odontológica emergencial aquela destinada a realizar os procedimentos listados como urgência e emergência no rol odontológico estabelecido pela ANS.

2.2 Exames Odontológicos Complementares

Atendimentos/despesas com os exames complementares de radiografia periapical e "Bite-Winge outros do rol de procedimentos odontológicos estabelecidos pela ANS.

2.3 Procedimentos Odontológicos Preventivos

Atendimentos/despesas com os procedimentos de prevenção em saúde bucal de orientações de higiene bucal, evidencição de placa bacteriana, aplicação tópica profissional de flúor, aplicação de selante e profilaxia – polimento coronário e outros do rol de procedimentos odontológicos estabelecidos pela ANS.

2.4 Demais Procedimentos do Rol Odontológico

Atendimentos/despesas assistenciais não classificadas em Consultas odontológicas, Exames odontológicos complementares e Procedimentos odontológicos preventivos, com procedimentos pertencentes ao rol de procedimentos odontológicos estabelecido pela ANS, ocorridos em caráter eletivo, de urgência ou emergência.

2.5 Total das Despesas Assistenciais Pertencentes ao Rol

É o somatório de todas as despesas assistenciais pertencentes ao rol de procedimentos odontológicos, conforme RDC nº 21 de 12 de Maio de 2000 (do item 2.1 ao item 2.4).

2.6 Outros Procedimentos não Pertencentes ao Rol Odontológico

Atendimentos/despesas com procedimentos odontológicos não pertencentes ao rol de procedimentos odontológicos estabelecido pela ANS.

2.7 Despesas não Assistenciais

Demais despesas da operadora não relacionadas à prestação de assistência direta ao beneficiário e não classificadas nos itens 2.1 a 2.6.

3- Número de Expostos

É o valor resultante do somatório de todos os dias de exposição em que cada um dos beneficiários do plano teve o direito de usufruir dos serviços de assistência à saúde do item de despesa assistencial, calculado para cada item, durante o período de análise, dividido pelo número de dias do período de análise, conforme ilustra a fórmula a seguir:

$$\text{Número de expostos} = (\text{n.º dias de exposição do usuário 1 durante o período de análise} + \text{n.º dias de exposição do usuário 2 durante o período de análise} + \dots + \text{n.º dias de exposição do usuário "n" durante o período de análise}) / (\text{n.º dias do período de análise})$$

Alternativamente, o número de expostos pode ser calculado como o somatório do número de usuários expostos existentes em cada um dos dias do período de análise, dividido pelo número de dias do período de análise. Este cálculo é exemplificado pela fórmula a seguir:

$$\text{N.º de Expostos} = (\text{n.º de expostos no primeiro dia do período de análise} + \dots + \text{n.º de expostos no último dia do período de análise}) / \text{n.º de dias do período de análise}$$

3.1. Dias de Exposição

É o número de dias, durante o período de análise, no qual o usuário teve o direito de usufruir do serviço de assistência à saúde, calculado individualmente para cada item de despesa. Deve ser observado que o usuário que estiver cumprindo carência deverá ser excluído do cálculo de exposição do item de despesa, pois não estará tendo o direito de usufruir do serviço.

3.2. Exposto

É definido como o usuário que tem o direito de usufruir da assistência à saúde no item de despesa assistencial em questão, durante o período de análise.

Por exemplo: um usuário que tem o direito a consultas odontológicas é um exposto para o item de despesa assistencial Consultas odontológicas, podendo, não ser um exposto para o item de despesa Exames odontológicos complementares, se não houver cumprido o período de carência estabelecido para exames odontológicos complementares.

Caso haja procedimentos com diferentes prazos de carência dentro de um mesmo item de despesa, adotar para o item o maior prazo de carência entre os procedimentos. Por exemplo, para o item de despesa "exames complementares", caso haja prazos de carência diferentes para os diversos exames odontológicos complementares, deverá ser adotado como prazo de carência deste item de despesa o maior prazo que houver entre estes exames.

4- Número de Beneficiários

É o número de beneficiários do total dos planos mantidos pela operadora. É medido pelo somatório do número de beneficiários existentes no último dia útil de cada mês do período de análise, dividido pelo número de meses existentes no período de análise, conforme fórmula abaixo:

$$\text{Número de beneficiários} = (\text{n.º de beneficiários no último dia útil do primeiro mês do período de análise} + \text{n.º de beneficiários no último dia útil do segundo mês do período de análise} + \dots + \text{n.º de beneficiários no último dia útil do último mês do período de análise}) / (\text{n.º de meses do período de análise})$$

5- Número de Eventos

É o somatório das ocorrências de cada item de despesa assistencial realizadas no período.

6- Total de Despesa

É o gasto total da operadora nos itens de despesas assistenciais e não assistenciais definidos, descontados os valores de glosas e expresso em Reais.

7- Recuperação de Indenização de Despesa Assistencial

Valor total de Recuperação de Indenização de: Co-participação, Seguros, Resseguro e Co-Seguro, onde aplicável, expresso em Reais.

Entende-se como recuperação de Indenização de Co-participação o valor, expresso em Reais, proveniente de outros pagamentos realizados pelos beneficiários à operadora, a título de Recuperação de Indenização de Co-participação.

Entende-se como recuperação de Indenização de Seguros, Resseguro e Co-Seguroo valor, expresso em Reais, proveniente de Recuperação de Indenização de Despesas Seguradas, Resseguradas e/ou Co-seguradas.

Anexo VII

Glossário das informações a ser utilizado para preenchimento e envio pela *Internet* nos casos de reajuste para operadoras com Planos Coletivos

1. Nome do Plano

Nome fantasia do *plano*, vinculado ao Relatório de Registro Provisório – LRPS03, de acordo com o art. 7º da RDC n.º 4, de 18 de fevereiro de 2000. Para os planos não adaptados deverá ser preenchido o nome utilizado pela *operadora* na venda e no relacionamento com os *beneficiários* do *plano* e constante do contrato.

2. N.º de Registro do Plano

Número de registro concedido para cada *plano* pelo Ministério da Saúde ou pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, através da emissão do Relatório de Registro Provisório – LRPS03, quando existente, de acordo com o art. 7º da RDC n.º 4, de 18 de fevereiro de 2000. Para os planos não adaptados, sem número de registro, preencher o campo com 999.999.999.

3. Modalidade de Contratação

Os campos devem ser preenchidos de acordo com a seguinte codificação:

Plano

1- Plano Coletivo com Patrocinador

2- Plano Coletivo sem Patrocinador

4. N.º do contrato ou apólice

É o n.º do contrato ou da apólice firmado entre a *operadora* e a pessoa jurídica contratante.

5. Mês/Ano Início Período de Aplicação

Mês e ano no qual será iniciado o período de aplicação do reajuste ou manutenção sobre o valor da contraprestação pecuniária da contratante.

6. Mês/Ano Final Período de Aplicação

Mês e ano no qual será finalizado o período de aplicação do reajuste ou manutenção sobre o valor da contraprestação pecuniária da contratante

7. Mês/Ano Início Período de Análise

Mês e ano no qual foi iniciado o período de análise do plano para definição do percentual a ser aplicado sobre o valor da contraprestação pecuniária da contratante.

8. Mês/Ano Final Período de Análise

Mês e ano no qual foi finalizado o período de análise do plano para definição do percentual a ser aplicado sobre o valor da contraprestação pecuniária da contratante.

9. Percentual Aplicado ao Contrato

É o percentual referente ao reajuste ou manutenção incidente no valor da contraprestação pecuniária da contratante.

10. Número de Beneficiários

É o número de *beneficiários* em cada contrato, mensurado no último dia útil do mês anterior à aplicação do reajuste.

11. Justificativa Técnica

É a fundamentação técnica do percentual de reajuste ou manutenção incidente no valor da contraprestação pecuniária aplicado ao contrato.